Sy. 4

R.C.P. EDINBURGH LIBRARY
R27394M0236

RECHERCHES CLINIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE

ET SUR

SON TRAITEMENT

PAR LE

Dr MAURICE DE FLEURY

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, EDINR. LIBRARY.

Avec 42 graphiques dans le texte

PARIS

J. RUEFF, ÉDITEUR

106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

1900

Tous droits réservés.

RECHERCHES CLINIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE

ET SUR

SON TRAITEMENT

Depuis sept ou huit ans, j'ai pris coutume de mesurer, au jour le jour, chez tous les malades qu'il m'est donné de suivre, la pression artérielle, la force dynamométrique de la main droite et de la main gauche, le nombre des pulsations, l'intensité du pouls capillaire, etc., etc.

Les graphiques ainsi obtenus paraissent souvent dénués de signification particulière; quelquefois, par contre, ils révèlent d'intéressantes coïncidences.

C'est ainsi que quelques-uns des diagrammes que j'ai recueillis au cours de mes observations chez les épileptiques, m'ont paru mériter d'être retenus et publiés, au moins dans celles de leurs

parties qui semblent avoir un sens dès maintenant appréciable.

Il est utile de dire tout d'abord que les chiffres notés ci-après n'ont point ici leur valeur mathématique; ils ne représentent que des approximations. Je me suis servi en effet du sphygmomètre à ressort de Verdin et Chéron et du dynamomètre vulgaire à cadran, qui, certes, ne sont, ni l'un ni l'autre, des appareils de grande précision. Aussi pensai-je qu'il ne faut tenir compte que des oscillations du graphique qui tirent une importance soit de leur grande amplitude, soit de leur fidélité à se reproduire dans les mêmes circonstances.

Chaque mesure en particulier a été prise et reprise cinq ou six fois de suite, afin d'aboutir à une moyenne plus proche de la vérité.

Les observations ainsi faites, toujours aux mêmes heures, et dans des conditions aussi identiques que possible, permettent, je crois bien, d'éclairer d'un jour un peu plus précis les quelques questions suivantes :

1° L'épilepsie s'accompagne-t-elle habituellement d'accélération de la nutrition, ou, au contraire, de misère physiologique?

2° Influence de l'approche de l'attaque et conséquences de la crise, au point de vue de la pression sanguine, de la force dynamométrique et de l'état du sang.

3° Graphiques de la force dynamométrique pouvant servir au diagnostic étiologique et au pronostic.

4° Influence des époques menstruelles sur le graphique.

5° Influence de la médication bromurée.

6° Influence des injections sous-cutanées de solutions salines.

7° Petit mal épileptique par petit brightisme.

Nous analyserons ensuite quelques cas d'épilepsie gastro-intestinale, deux observations d'épilepsie sensorielle (auditive). Nous étudierons certaines formes de l'excitation et de la dépression mentales chez les comitiaux. Après quoi nous tenterons d'instituer un traitement médical, aussi rationnel que possible, du mal sacré.

A la fin de cet ouvrage, on retrouvera *in extenso* les observations les plus importantes, dont des fragments auront été donnés au cours de tel ou tel chapitre.

INDEX POUR LES GRAPHIQUES

Attaque convulsive.

Absence ou vertige.

Pression sanguine.

Dynamomètre; main droite.

Dynamomètre; main gauche.

Doses de bromure.

PREMIÈRE PARTIE

QUELQUES GRAPHIQUES
DE LA TENSION ARTÉRIELLE
ET DE LA FORCE DYNAMOMÉTRIQUE
RECUEILLIS
CHEZ DES ÉPILEPTIQUES

CHAPITRE PREMIER

L'ÉPILEPSIE S'ACCOMPAGNE-T-ELLE HABITUELLEMENT D'ACCÉLÉRATION DE LA NUTRITION, OU, AU CONTRAIRE, DE MISÈRE PHYSIOLOGIQUE?

Opinion de Delasiauve, de M. Lépine, de M. Féré, de Claus et van der Stricht. — Observations personnelles : cas d'épilepsie hypersthénique. — Hypersthénie apparente et misère physiologique réelle : graphiques de la tension artérielle et de l'état des forces. — Conclusions.

Le mal caduc s'appelle aussi le mal herculéen ; la plus marquante de ses manifestations consiste en phénomènes convulsifs où se dépense habituellement une dose considérable d'énergie ; beaucoup d'épileptiques sont irascibles et batailleurs, si bien qu'ils semblent pleins de force débordante ; le mal comitial, enfin, cède ou du moins s'atténue, dans la grande majorité des cas, sous l'influence de la médication bromurée, qui est à l'antipode de la médication tonique, puisque les bromures ralentissent le cœur, diminuent la pression sanguine,

abaissent la température, restreignent la quantité d'urée et d'acide phosphorique éliminée, retardent la nutrition.

Au siècle précédent et au commencement du XIXe siècle, beaucoup de médecins ont envisagé la névrose comitiale comme une maladie pléthorique que la saignée améliore. En 1877, M. Lépine a publié, dans la *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, un très intéressant article qui a pour titre : *De l'Épilepsie survenant à la suite d'écarts habituels de régime, chez les individus très sanguins, et de son traitement*[1].

Mais beaucoup d'autres neurologistes ont vu plutôt dans leurs épileptiques des débiles ou des ralentis de la nutrition. En 1854, Delasiauve écrivait sagement : « Parmi les épileptiques de nos services, il nous serait difficile de dire qui l'emporte à cet égard, des natures faibles, irascibles et débiles, ou des organisations fortes, énergiques et puissantes. » M. Ch. Féré, qui a fait à ce sujet des recherches suivies, penche à croire que la misère physiologique est la règle dans le mal caduc.

« Il faut, dit-il, à nos épileptiques une alimentation tonique et surabondante, attendu qu'un grand nombre d'entre eux sont débiles, anémiques, atteints de scrofule ou prédisposés à la tuberculose[2]. »

1. *Revue mensuelle*, août 1877, n° 8.
2. Ch. Féré. *Épilepsie*, p. 185. Masson, édit.

Il dit encore[1] : « La nutrition de ces malades est souvent défectueuse. Beau a noté que les filles épileptiques sont réglées tard. Les échanges présentent une activité moindre que chez les individus sains ; la proportion d'hémoglobine dans le sang est fréquemment au-dessous de la moyenne, même en dehors des paroxysmes. Il n'est pas rare de trouver la capacité vitale du poumon diminuée. La déchéance organique des épileptiques a été mise en lumière par Moreau, de Tours, qui a montré que le mal comitial coïncidait souvent avec la chlorose, la tuberculose, la scrofule. L'état dépressif qui, chez ces malades, s'exaspère après chaque paroxysme, existe plus ou moins en temps ordinaire, et se manifeste par un temps de réaction plus long, par une énergie musculaire moins grande que chez les individus normaux. »

Cette infériorité de la force dynamométrique chez les épileptiques, M. Féré l'a mesurée : elle est de 31 p. 100 pour la main droite, et de 32 pour la main gauche.

MM. Tanzi et Tonnini estiment que le temps de réaction est, chez les comitiaux, inférieur d'un tiers à la normale.

Les recherches de M. Féré et de M. Albert Hénocque ont mis en relief la pauvreté du sang en globules rouges et en hémoglobine : la teneur en hémoglobine serait en moyenne de 9 au lieu de 13 p. 100.

1. Ch. Féré. *Épilepsie*, p. 75. Masson, édit.

Cette opinion, solidement basée sur un grand nombre d'observations numériques, est partagée par M. Hambursin (Académie de Médecine de Belgique) et par MM. Claus et Van der Stricht[1].

Mes observations personnelles me portent à croire qu'en effet, dans la grande majorité des cas (les quatre cinquièmes environ), les malades atteints de haut mal se rapprochent du type neurasthénique plutôt que du type hypersthénique. Il y a cependant de véritables herculéens, ainsi que le montrent l'observation très résumée et le graphique ci-après.

Observation I (*Personnelle*).

Edmond K..., 26 ans, employé de commerce, mère hystérique, père syphilitique.

Vers l'âge de 12 ans, grandes colères, revenant par crises, et suivies de dépression profonde. A 18 ans première attaque convulsive; dès lors deux attaques, puis bientôt trois et quatre attaques par mois.

Aggravation en 1896 et 1897 : en moyenne de douze à quinze attaques par mois.

Je le vois le 8 juin 1898. C'est un grand et puissant gaillard, haut en couleur, musclé comme un athlète, porté vers tous les exercices physiques. In-

1. Claus et van der Stricht. *Pathogénie et Traitement de l'Épilepsie*, p. 69. Paris, Carré, édit., 1896.

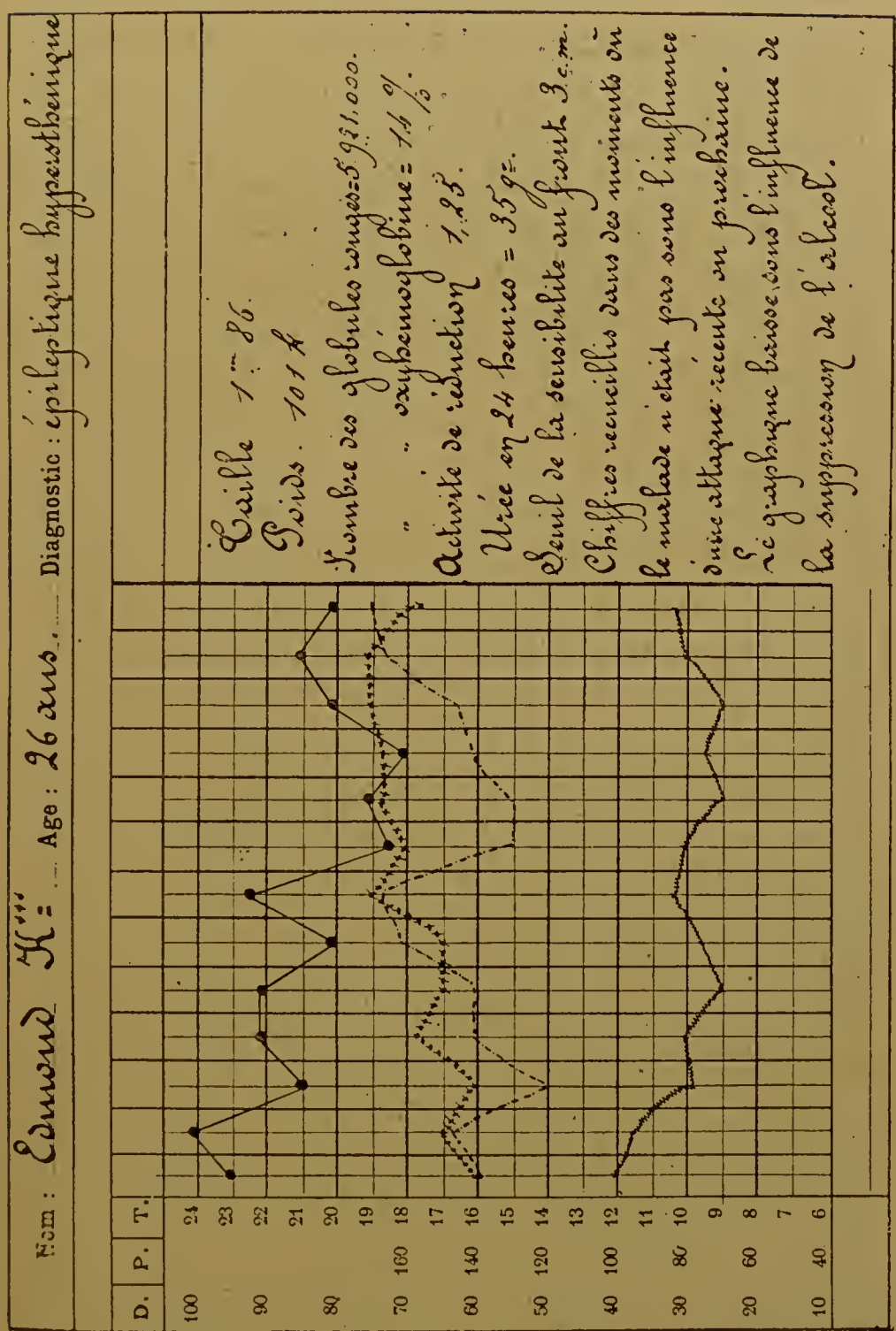

Nom : Edmond K.
Age : 26 ans.
Diagnostic : épileptique hyperesthénique
D. P. T.
Taille 1m 86.
Poids. 101 k
Nombre des globules rouges = 5.921.000.
" " oxyhémoglobine = 14 %.
Activité de réduction 1,25.
Urée en 24 heures = 35 gr.
Seuil de la sensibilité au front 3 c.m.
Chiffres recueillis dans des moments où le malade n'était pas sous l'influence d'une attaque récente ou prochaine.
Le graphique baisse sous l'influence de la suppression de l'alcool.

Fig. 1.

telligence médiocre. Ses crises convulsives, habituellement très violentes, sont annoncées par de terribles colères. Sa taille est de $1^{m},86$ et son poids de 101 kilogr. Sa tension artérielle est de 22, 23, 24 centimètres de mercure ; sa main droite donne fréquemment 65 kilogr. et la gauche 60 ; dans ses moments de forte exaspération, il écrase le dynamomètre et met aisément l'aiguille à l'extrême bout de sa course. Le seuil de la sensibilité est relativement étroit : 3 centimètres au front. Le nombre des globules rouges, compté deux fois, est supérieur à 5 921 000. La quantité d'oxyhémoglobine est, approximativement, supérieure à 14 p. 100. L'activité de réduction, mesurée par le procédé de M. Hénocque, est extrême (1,25). La quantité d'urée en vingt-quatre heures dépasse 35 grammes (le malade mange énormément de viande et de pain). La plupart de ces chiffres ont été recueillis plus de quarante-huit heures après une attaque, pour qu'ils ne portent pas la marque de la dépression post-convulsive. Ils s'élèvent encore d'une façon très sensible pendant les quinze ou vingt heures qui précèdent l'accès.

Cet Edmond K... ne saurait être convaincu de misère physiologique. Tous ses appétits sont ordinairement excessifs, il mange et boit avec voracité. Loin de le fatiguer, le coït semble le détendre ; il prétend que cela l'empêche d'avoir plus d'attaques (?), et qu'il se met moins en colère après s'être assouvi de la sorte.

Mais de pareils malades sont rares ; sur une trentaine d'épileptiques que j'ai observés d'un peu près, je n'en sais guère que deux ou trois qui présentaient nettement ces signes d'hypervitalité.

Observation II (*Personnelle*).

Pierre E..., 11 ans, petit épileptique, surtout sujet à des paroxysmes mentaux (grandes colères), est constamment en mouvement ; quand il ne grimpe pas aux arbres, il se bat avec ses petits camarades, s'attaquant immanquablement à de plus forts que lui. Il est littéralement indomptable. A part quelques moments de dépression physique et mentale qui suivent ses plus grands paroxysmes, il passe ses journées entières, sans répit, en état d'activité constante, toujours en train de courir, de grimper, de frapper, de crier ou de manger gloutonnement. Il ne s'est jamais prêté à la numération de ses globules rouges ; sa main était trop petite pour serrer mon dynamomètre ; tout ce que j'ai pu faire, c'est de mesurer sa pression artérielle : 15 à 16 c. de Hg. ce qui est énorme pour son âge, et l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine, qui m'a paru être supérieure à 1,10.

Voilà encore un petit malade que l'on peut considérer comme un hypersthénique. Mais déjà dans l'observation qu'on va lire, le type est moins net,

et l'accélération de la nutrition, plus apparente que réelle.

Observation III (*Personnelle*).

Auguste T..., 28 ans, a, pendant les premiers jours de sa mise en observation une pression artérielle supérieure à la moyenne (21 c. de Hg.), il excrète 32 grammes d'urée en vingt-quatre heures (c'est un gros mangeur). Les traits de son visage semblent être en crispation constante, ses yeux luisent avec une acuité toute particulière, il sent distinctes les pointes du compas de Weber jusqu'à 2 c. 1/2. Son activité de réduction est de 0,98, et cela dénote plutôt un haut degré de vitalité.

Cependant la force dynamométrique n'est pas extrême; 40 kilog. de la main droite et 35 kilog. de la main gauche. Auguste T... abusant de l'alcool et notamment des apéritifs, son traitement a consisté presque uniquement en un régime alimentaire d'une extrême sobriété. Or, voilà que, sous l'influence de la suppression de toutes boissons fermentées, la tension artérielle est tombée de 21 jusqu'à 14 ou 15 c. de Hg. et que le pouls qui battait plus de 104 à la minute, est descendu à 80 et même à 62 pulsations. Par contre, les forces dynamométriques se sont accrues, la main droite arrivant à

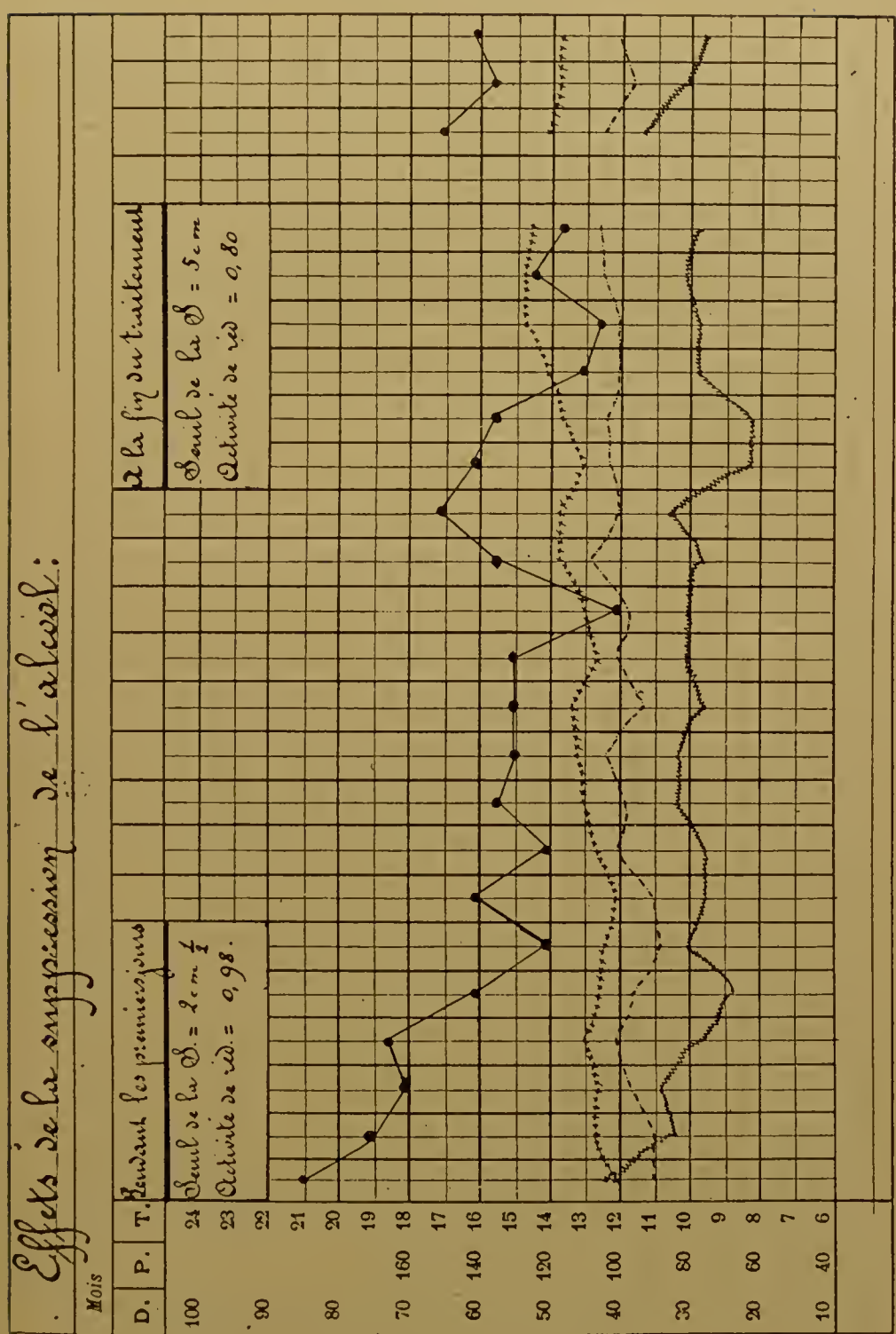

Effets de la suppression de l'alcool:
Mois
D.
P.
T.
Pendant les premiers jours
Seuil de la S. = 2 cm 1/2
Activité de réd. = 0,98.
A la fin du traitement
Seuil de la S = 5 cm
Activité de réd = 0,80

Fig. 2.

donner 54 kilog. et la main gauche 42 kilog., d'une façon presque régulière.

Ce malade était donc un faux hypersthénique, puisque la suppression d'un excitant artificiel de son système nerveux nous l'a montré sous son vrai jour. Il est juste de dire que cette suppression de l'alcool a presque suffi, à elle seule, pour raréfier considérablement les attaques comitiales.

Observation IV (*Personnelle*).

François V..., 51 ans, crises de petit mal. Voici encore un malade ayant une très haute tension artérielle et une extrême sensibilité des téguments, chez qui l'activité nutritive n'était qu'apparente.

En réalité cette haute tension était due au mal de Bright, qui ne fut reconnu qu'au bout de quelques jours. La suppression de l'alcool, puis l'adoption du régime lacté intégral ramenèrent la pression artérielle aux environs de la normale, élevèrent considérablement la force dynamométrique, et raréfièrent les attaques jusqu'à disparition presque complète.

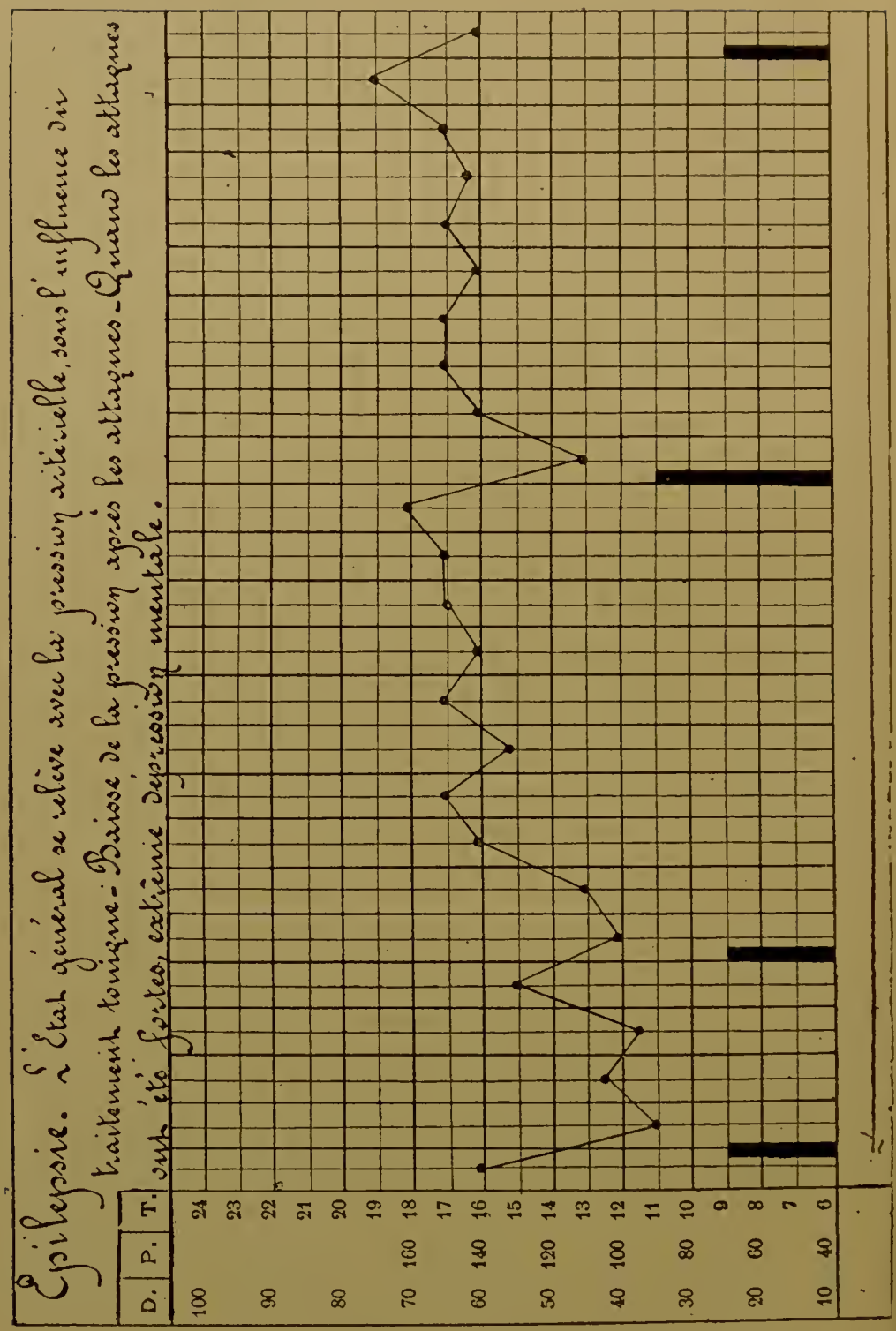
Dans la grande majorité des cas, il suffit de mesurer par tous les moyens cliniques que nous avons à notre disposition la vitalité des épilep-

tiques, pour constater qu'elle est notablement au-dessous de la normale. Voici par exemple :

Observation V (*Personnelle*).

M. R... (fig. 3), qui, le premier jour, me donne une pression artérielle de 16 c. de Hg. parce qu'il est en imminence d'attaque. Le lendemain il n'en a plus que 11. Le graphique ci-après montre bien le relèvement presque continu de la tension, à mesure que je m'attache à améliorer son état général. On y peut voir que presque toutes les attaques sont précédées d'une hausse, et suivies d'une baisse très dessinée de la pression artérielle. Ce graphique donne une juste idée générale de la courbe d'un épileptique en traitement.

Il en est de même des trois graphiques ci-après. Ils font voir que, pendant les premiers jours de sa mise en observation, l'épileptique est, bien souvent, un déprimé, un asthénique, un ralenti de la nutrition ; qu'il est, par conséquent, indiqué de s'occuper à rehausser sa vitalité à l'aide d'une médication tonique, qui ne soit pas en même temps une médication toxique. C'est, en effet, une loi de biologie que, plus un organisme est faible et plus il réagit violemment aux irritations dont il est assailli. Toni-


Epilepsie. L'état général se relève avec la pression artérielle, sous l'influence du traitement tonique. Baisse de la pression après les attaques. Quand les attaques ont été fortes, extrême dépression mentale.
D.
P.
T.
100 90 80 70 60 50 40 30 20 10
160 140 120 100 80 60 40
24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6

[Fig. 3.

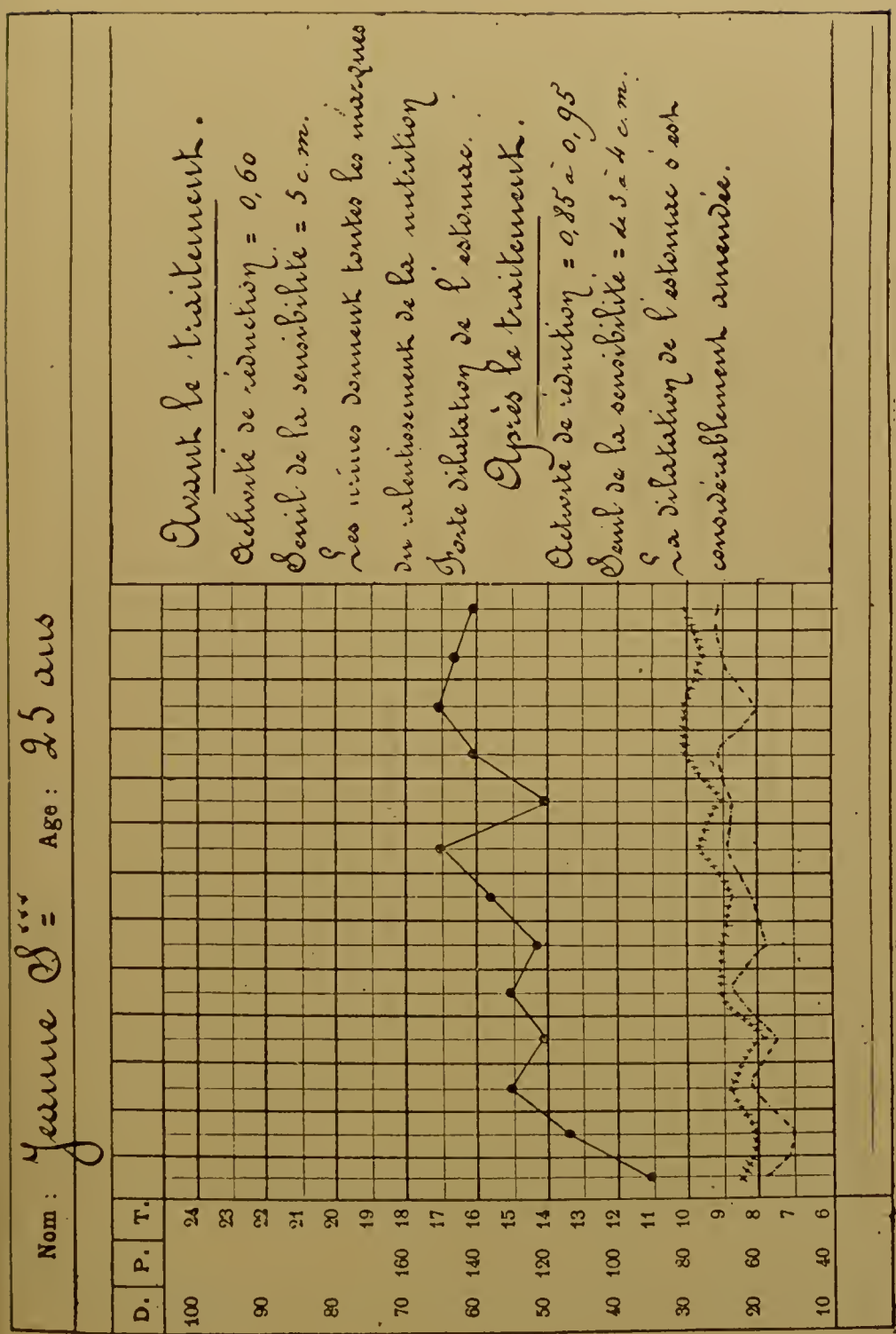

Nom : Jeanne S***
Age : 25 ans
D. P. T.
Avant le traitement.
Activité de réduction = 0,60
Seuil de la sensibilité = 5 c.m.
Les urines donnent toutes les marques
du ralentissement de la nutrition
Forte dilatation de l'estomac.
Après le traitement.
Activité de réduction = 0,85 à 0,95
Seuil de la sensibilité = de 3 à 4 c.m.
La dilatation de l'estomac s'est
considérablement amendée.

Fig. 4.

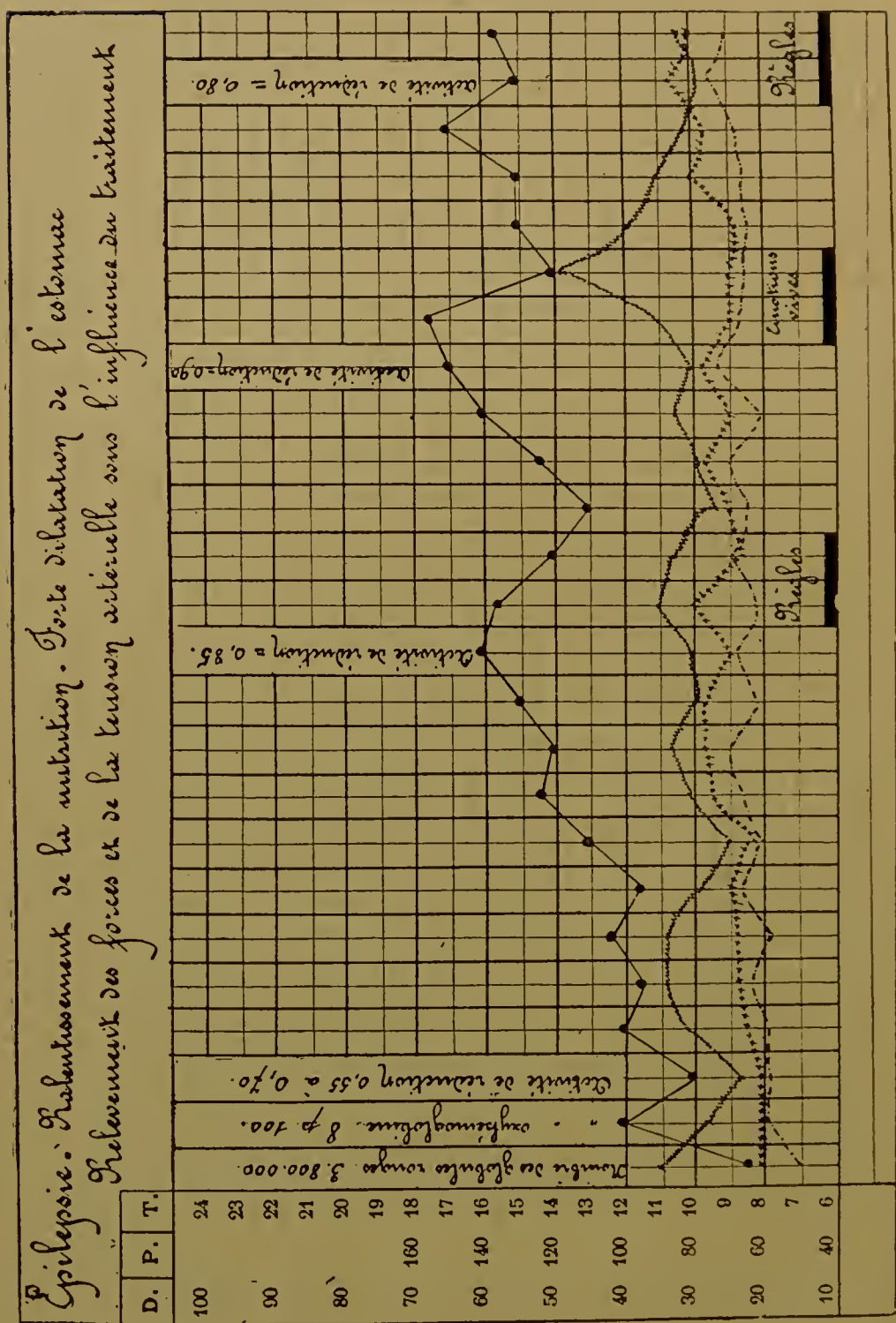

Épilepsie. Ralentissement de la nutrition. Forte dilatation de l'estomac
Relèvement des forces et de la tension artérielle sous l'influence du traitement
D.
P.
T.
Nombre des globules rouges 3.800.000.
" " oxyhémoglobine 8 p. 100.
Activité de réduction 0,55 à 0,70.
Activité de réduction = 0,85.
Activité de réduction = 0,90.
Activité de réduction = 0,80.
Règles
Cinctions vives
Règles

Fig. 5.

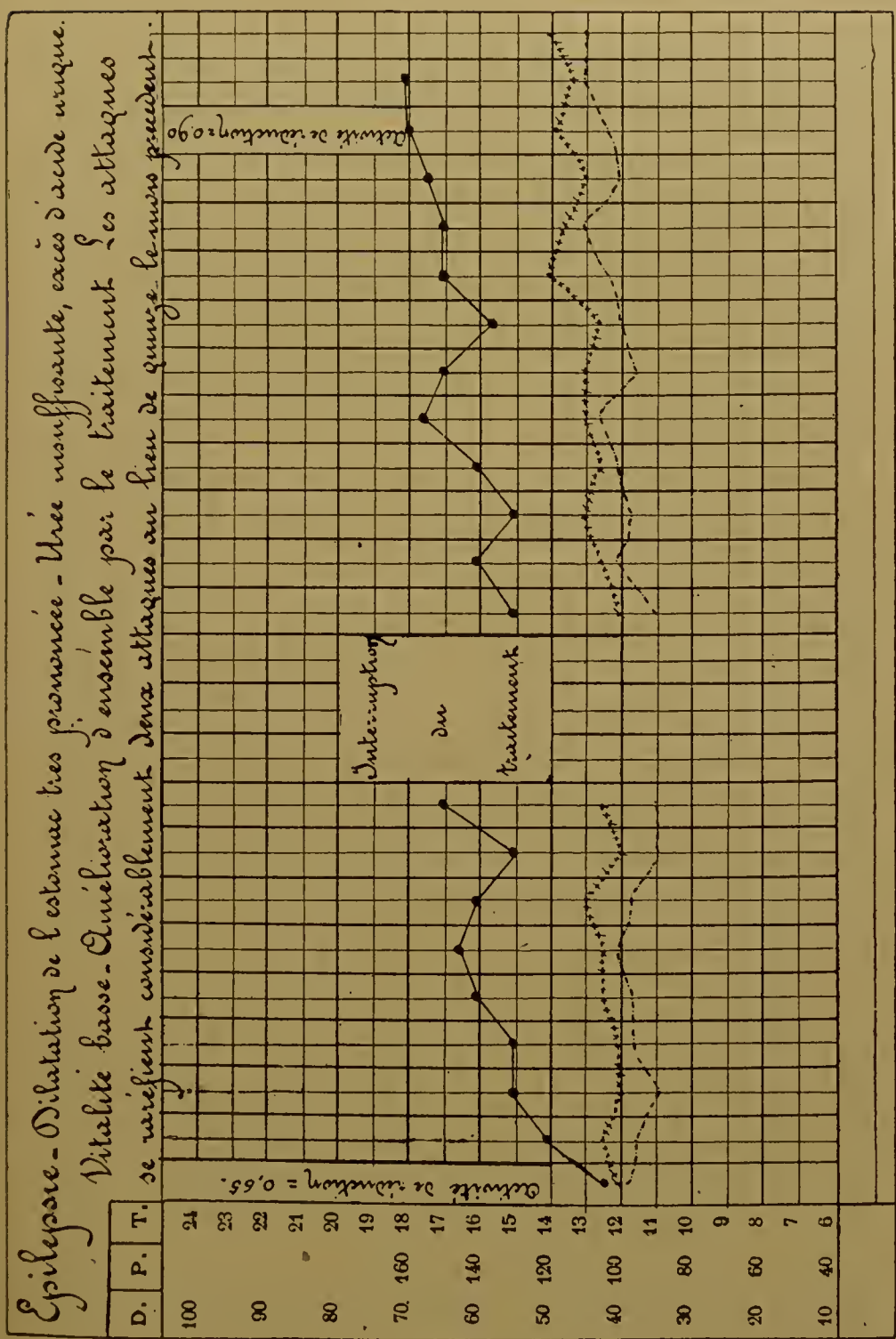

Epilepsie - Dilatation de l'estomac très prononcée - Urée insuffisante, excès d'acide urique.
Vitalité basse - Amélioration d'ensemble par le traitement. Les attaques
se rarefient considérablement deux attaques au lieu de quinze le mois précédent.
D.
P.
T.
Activité de réduction = 0,65.
Activité de réduction = 0,90
Interruption du traitement

Fig. 6.

fier le cerveau d'un épileptique asthénique, c'est augmenter du même coup sa stabilité et son pouvoir de résistance aux excitations. Nous aurons, par la suite, occasion de publier plusieurs cas où il a suffi d'une médication reconstituante, à l'exclusion de toute médication anticonvulsive, pour raréfier le nombre des attaques de la façon la plus sensible.

On peut tirer encore, des faits qui précèdent, un autre enseignement.

Quand un comitial présente au premier abord une tension artérielle haute, il faut chercher si l'on n'a pas affaire à un alcoolique : souvent il suffira de lui faire boire de l'eau pour voir retomber son graphique à proximité de la normale.

Si l'on ne trouve pas l'alcoolisme ou quelque autre habitude d'intoxication, il faut penser à l'albumine, la rechercher et explorer la toxicité urinaire. Plus d'une fois l'observation attentive révélera l'artériosclérose ou la cardiosclérose précoces, quelque altération du filtre rénal, ou une insuffisante élimination des résidus de la nutrition.

Voici deux graphiques (fig. 7 et 8) qui mettent bien en lumière les effets de la mise au régime et de la suppression de l'alcool chez des épileptiques qui paraissaient appartenir au type hypersthénique.

Je conclus donc, en me rangeant à l'opinion de M. Féré, lequel estime que les paroxysmes du haut mal et du petit mal évoluent le plus fréquemment sur un terrain de misère physiologique. C'est là la règle ; elle comporte quelques exceptions. Comme le

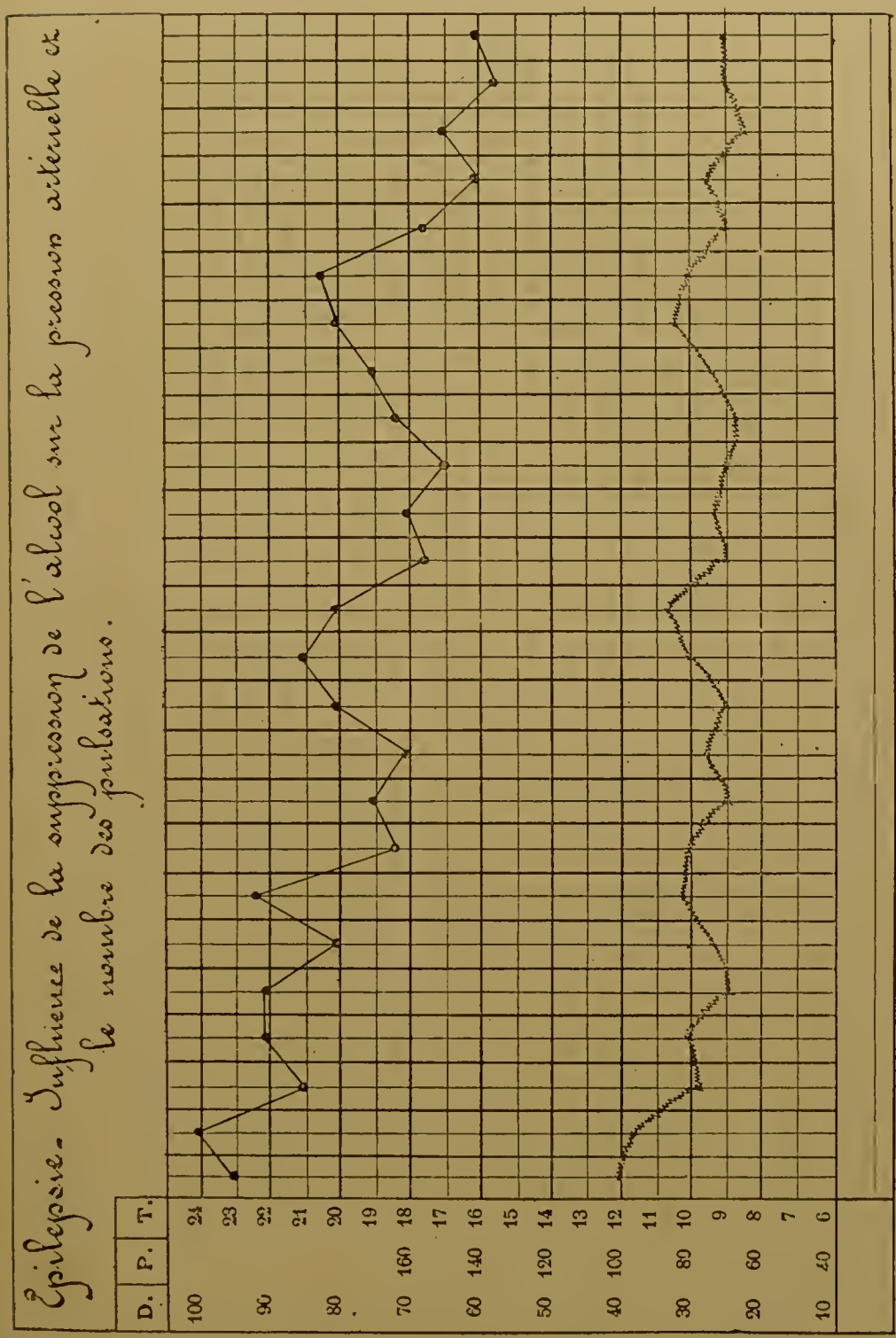

Epilepsie. Influence de la suppression de l'alcool sur la pression artérielle et le nombre des pulsations.
D.
P.
T.
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
160
140
120
100
80
60
40
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6

Fig. 7.

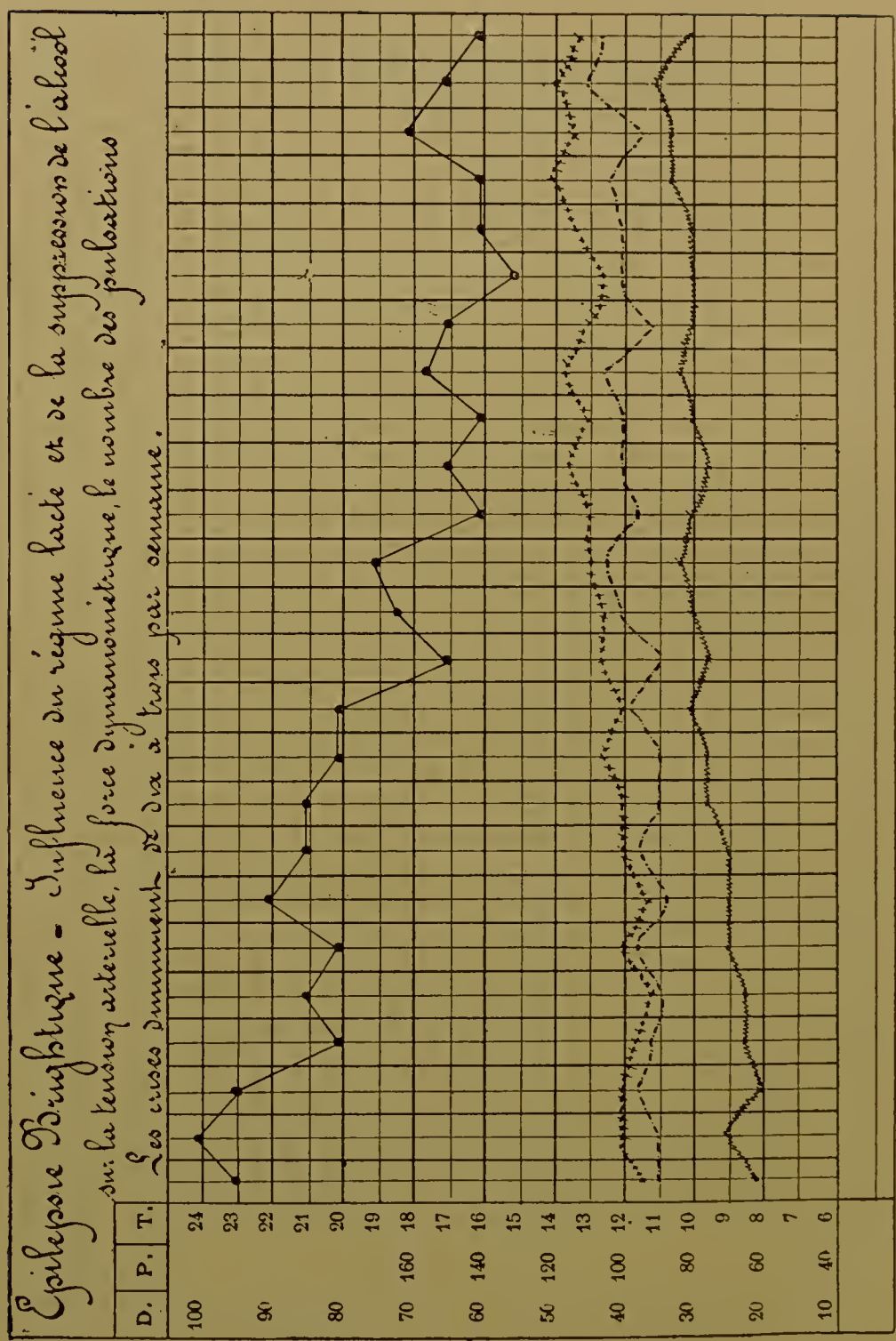

Epilepsie Brightique - Influence du régime lacté et de la suppression de l'alcool
sur la tension artérielle, la force dynamométrique, le nombre des pulsations
Les crises diminuent de dix à trois par semaine.
D.
P.
T.
100 90 80 70 60 50 40 30 20 10
160 140 120 100 80 60 40
24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6

Fig. 8.

pensait M. Lépine dès 1877, il y a des épilepsies pléthoriques. C'est là un mot quelque peu démodé, mais qui pourtant ne dit pas mal ce qu'il veut dire. Ces malades-là se trouvent bien d'un traitement très hyposthénisant, des bromures, bien entendu, et aussi des douches tièdes prolongées, du bain statique sans étincelles, d'un régime alimentaire fort peu carné, presque végétarien, et peut-être des émissions sanguines opportunément pratiquées.

J'ai tendance à croire que ce sont là des cas à forme grave, de ces cas qu'aucun moyen n'améliore sérieusement, et où l'on trouve, à l'autopsie, des méninges épaisses, ou telle autre cause anatomique d'irritation épandue sur toute la surface du manteau cérébral. Toujours est-il qu'on peut cliniquement les opposer à ces cas, beaucoup plus nombreux, d'épilepsie chez des déprimés, chez des dilatés de l'estomac, des ralentis de la nutrition, cas où l'auto-intoxication paraît jouer le rôle dominant.

CHAPITRE II

INFLUENCE DE L'APPROCHE DE L'ATTAQUE, ET CONSÉQUENCES DE LA CRISE, AU POINT DE VUE DE LA PRESSION SANGUINE, DE LA FORCE DYNAMOMÉTRIQUE ET DE L'ÉTAT DU SANG.

Hypertension préconvulsive et dépression postépileptique dans l'épilepsie expérimentale. — Tension artérielle dans l'éclampsie. Recherches cliniques de M. Féré. — Observations personnelles, graphiques. — Opinion de M. J. Voisin : hypotension préparoxystique; observations personnelles : graphiques. — Y a-t-il de la vaso-constriction ou de la vaso-dilatation périphérique? — Variations, sous l'influence de l'attaque, du seuil de la sensibilité, de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine, du nombre de globules rouges. — Essai d'interprétation.

Depuis les recherches de Vulpian[1], on sait que, dans l'épilepsie expérimentale, l'attaque s'accompagne d'une hausse très accentuée de la pression artérielle. Dans une série d'expériences dont la

1. Académie des Sciences, 30 mars 1885.

technique impeccable donne toute sécurité, M. François-Franck[1] a montré dans quelles conditions se produisait cette hausse de la pression sanguine, bientôt suivie de ce qu'il nomme la dépression post-épileptique. Les tracés qu'il a publiés sont, encore à l'heure actuelle, les meilleurs documents de laboratoire que nous possédions à ce sujet. Les recherches consécutives, et notamment celles de MM. Marinesco et Sérieux[2], n'ont fait que confirmer les siennes. Cliniquement, M. Ch. Féré a constaté la hausse de la pression avant les heures qui précèdent l'attaque. Les chiffres qu'il publie[3] tendent à montrer que cette élévation ne serait pas extrêmement intense, et qu'elle serait suivie d'une dépression beaucoup plus marquée. Gremssen a décrit une hypertension prémonitoire de l'accès convulsif urémique. Plus récemment[4], MM. Vaquez et Nobécourt ont démontré : 1° Que pendant la durée des accès d'éclampsie, la pression s'élève toujours au-dessus de 21-22 c. de Hg. et souvent jusqu'à 26, 27 ou 28;

2° Que si les accès s'interrompent, la pression diminue, sans cependant revenir à la normale, et qu'elle s'élève de nouveau dès que les accès recommencent;

3° Que cette hypertension précède de plusieurs

1. *Leçons sur les Fonctions motrices du Cerveau et l'Épilepsie cérébrale*, 1887.

2. *Essai sur la Pathogénie et le Traitement de l'Épilepsie*, 1895.

3. *Les Épilepsies et les Épileptiques*, p. 218. Paris, 1890.

4. Société médicale des Hôpitaux, 27 janvier 1897.

heures, quelquefois de deux ou trois jours, l'éclat des phénomènes convulsifs ; que, par conséquent, elle permet de prévoir l'imminence de l'accès d'éclampsie, ce qui est d'une incontestable utilité au point de vue thérapeutique.

C'est là encore un point de similitude entre les convulsions éclamptiques et celles du mal comitial proprement dit.

Ayant coutume d'inscrire au jour le jour le graphique de la pression artérielle, le nombre des pulsations et la force dynamométrique de tous les malades qu'il m'est possible de suivre, j'ai été à même de recueillir quelques documents intéressants sur les approches et les conséquences de l'accès.

Toutes mes observations ont été faites dans l'après-midi, entre 1 heure et 3 heures ; quelquefois le malade se trouvait être sous le coup d'une attaque qui devait éclater le soir ou dans la nuit ; quatre fois l'accès a éclaté devant moi, quelques minutes après que j'avais noté le degré de tension artérielle. Or j'ai pu très souvent, comme MM. Vaquez et Nobécourt, prévoir le paroxysme et en prévenir la famille, en voyant l'hypertension s'inscrire sur le diagramme.

Je pourrais reproduire ici un grand nombre des graphiques de hausse de la tension artérielle avant l'accès, et de baisse consécutive. J'en choisis trois, qui donneront du phénomène une idée suffisante.

Mon premier malade, qui use largement de l'alcool, a constamment une tension artérielle haute, sa

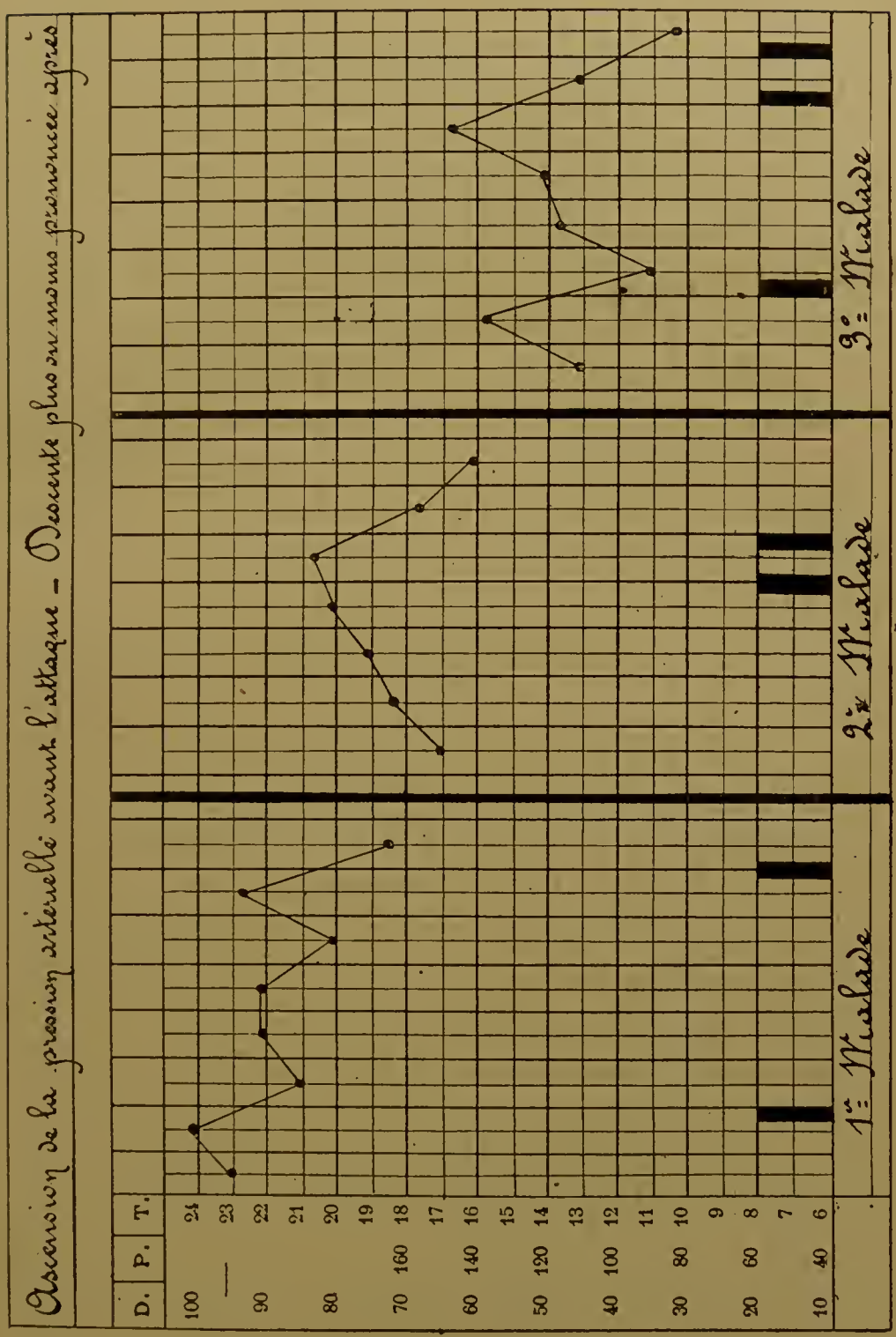

Ascension de la pression artérielle avant l'attaque – Descente plus ou moins prononcée après
D.
P.
T.
1re Malade
2e Malade
3e Malade

Fig. 9.

moyenne est de 21 ou 22 c. de Hg. Le premier jour où je le vois, il donne 23; le second, 24; en sortant de chez moi, il a eu une forte crise, aussi le lendemain ne me donne-t-il que 21; le quatrième jour sa courbe remonte à 22, elle s'y maintient le cinquième, descend jusqu'à 20 le lendemain; puis le septième jour elle se hausse jusqu'à 22 1/2 pour retomber jusqu'à 18 1/2 le huitième jour; dans la nuit précédente, le malade a eu une crise. Si la courbe générale de ce fragment de graphique est descendante, c'est que, à ce moment-là, l'épileptique en question s'était mis pour un temps à ne boire que de l'eau.

Voici un second malade dont la moyenne est moins élevée; cette moyenne est de 17 ou 18; nous le voyons partir de 17 et monter successivement à 18 1/2, 19,20 c. de Hg. Dans la nuit suivante, il a une crise, et cependant le lendemain sa tension, au lieu de baisser, monte encore de 1/2 c. En même temps, son caractère, qui subit ordinairement la dépression post-épileptique, reste fort irrité. Je préviens sa femme qu'une autre crise est imminente, et le malade en a une, en effet, vers 8 heures du soir. Le lendemain il est à 17 1/2 et le surlendemain à 16.

Quant au troisième malade, c'était tout à fait un débile, dont la moyenne ne dépassait guère 12 à 13 c. de Hg. On peut voir sur le graphique qu'il a eu dans l'espace de huit jours trois crises matinales; il semble que, chez lui, les ascensions préparoxystiques et les détentes post-convulsives soient plus

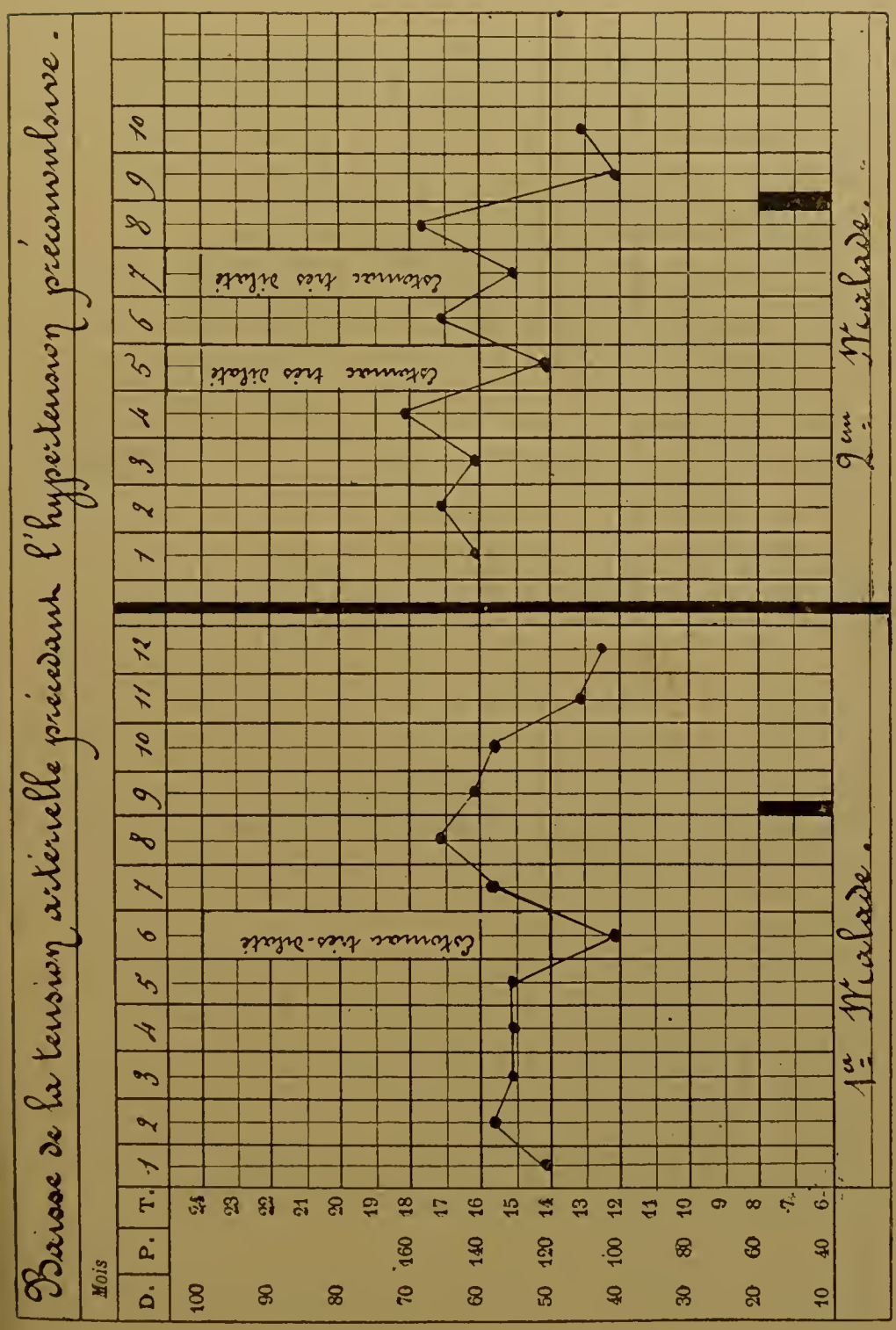

Baisse de la tension artérielle précédant l'hypertension préconvulsive.
Mois
D.
P.
T.
Estomac très dilaté
Estomac très dilaté
Estomac très dilaté
1re Malade.
2me Malade.

Fig. 10.

amples que dans les deux cas précédents. C'est un fait qui s'observe assez généralement chez les comitiaux à vitalité basse; il semble que plus leur tension est normalement faible, plus elle s'exalte aisément. Toute faiblesse est irritable.

Dans son livre sur l'*Épilepsie*[1], M. Jules Voisin relate des recherches faites en collaboration avec son interne M. Petit, d'où il résulterait que l'attaque est, contrairement aux affirmations de M. Féré, toujours précédée d'une phase d'hypotension marquée. J'ai déjà dit que mes observations concordaient pleinement avec celles de M. Féré; cependant, quand on voit chaque jour ses malades, on s'aperçoit que, dans quelques cas, le premier symptôme prémonitoire de l'attaque est une baisse assez marquée de la tension, baisse qui s'accompagne habituellement du sentiment de fatigue, d'état très saburral de la langue et de dyspepsie flatulente avec gargouillements gastro-intestinaux particulièrement accentués.

Voici, par exemple, un premier malade (graphique 10) qui nous donne d'abord 14, puis 15 1/2, puis trois jours de suite 15, ce qui paraît bien être sa moyenne. Et voilà que le sixième jour il tombe brusquement, sans motifs appréciables, à 12. Il me donne le lendemain 15 1/2, et 17 le jour d'après; le neuvième jour au matin, il a une crise; et chez lui la descente, au lieu de se faire tout d'un coup, est pro-

1. Félix Alcan, 1897, p. 134.

gressive : 16, puis 15 1/2, puis 13, puis 12 1/2. Cette détente en plusieurs étapes est fort rare; je crois qu'ici, comme tout à l'heure, elle est due à l'abandon de l'alcool.

Le second sujet nous donne : le premier jour 16, le second 17, le troisième 16, le quatrième 18; le cinquième jour, sensation de grande fatigue, l'estomac est très dilaté; je sens que ma malade, qui, depuis près de quinze jours, n'avait pas eu d'attaques, est menacée d'en avoir une. Le lendemain la pression sanguine est plus forte (17 cent.) mais le septième jour elle retombe à 15, remonte à 17 1/2 le huitième; elle a une crise dans la nuit et ne me donne plus que 12 le neuvième jour.

Voilà deux cas, — j'en ai vu beaucoup d'autres, — où la crise convulsive semble bien avoir été annoncée de loin par des signes d'épuisement nerveux; mais, au dernier moment, la tension artérielle m'a toujours paru s'élever progressivement jusqu'à l'éclat du paroxysme.

Une des questions les plus controversées dans la pathogénie du mal comitial est celle de savoir si, pendant l'attaque, il y a anémie ou congestion du cerveau. M. François Franck, on le sait, a constaté que, pendant l'accès d'épilepsie expérimentale, un organe très vasculaire, comme le rein, se ratatine, probablement par vaso-constriction active des artérioles. En revanche, l'encéphale paraît très hyperhé-

mié, turgescent, et vient faire hernie par l'orifice de trépanation.

Je n'ai rien pu observer de précis au cours même des attaques, et, d'autre part, mes recherches, purement cliniques, n'ont pu porter ni sur le cerveau ni sur un organe profond des cavités splanchniques. Je me suis borné à explorer au jour le jour, en relation avec l'état de la tension artérielle, les variations volumétriques de la main. Je me suis servi pour cela du petit appareil très simple, employé par M. Georges Dumas, lequel, en vue de ses études sur *la Joie et la Tristesse* [1], a fait du pléthysmographe de MM. Hallion et Comte un pléthysmoscope. A l'aide de ce petit instrument, on peut constater simplement s'il existe ou non, au pouce ou au doigt de la main, du pouls capillaire, et si ce pouls est d'intensité faible, moyenne, forte ou très forte.

Voici, à ce point de vue, des fragments de graphiques de trois malades.

Le premier a le pouls habituellement fréquent (entre 90 et 104), et une tension artérielle d'élévation moyenne; ordinairement il n'a pas de pouls capillaire à la main. Une attaque, survenant dans la nuit qui sépare le troisième du quatrième jour, influe sur la tension artérielle, mais ne provoque pas l'apparition du pouls capillaire; il n'y en a des traces, très légères, que le cinquième et le septième

1. *Revue philosophique*, p. 578, 1896.

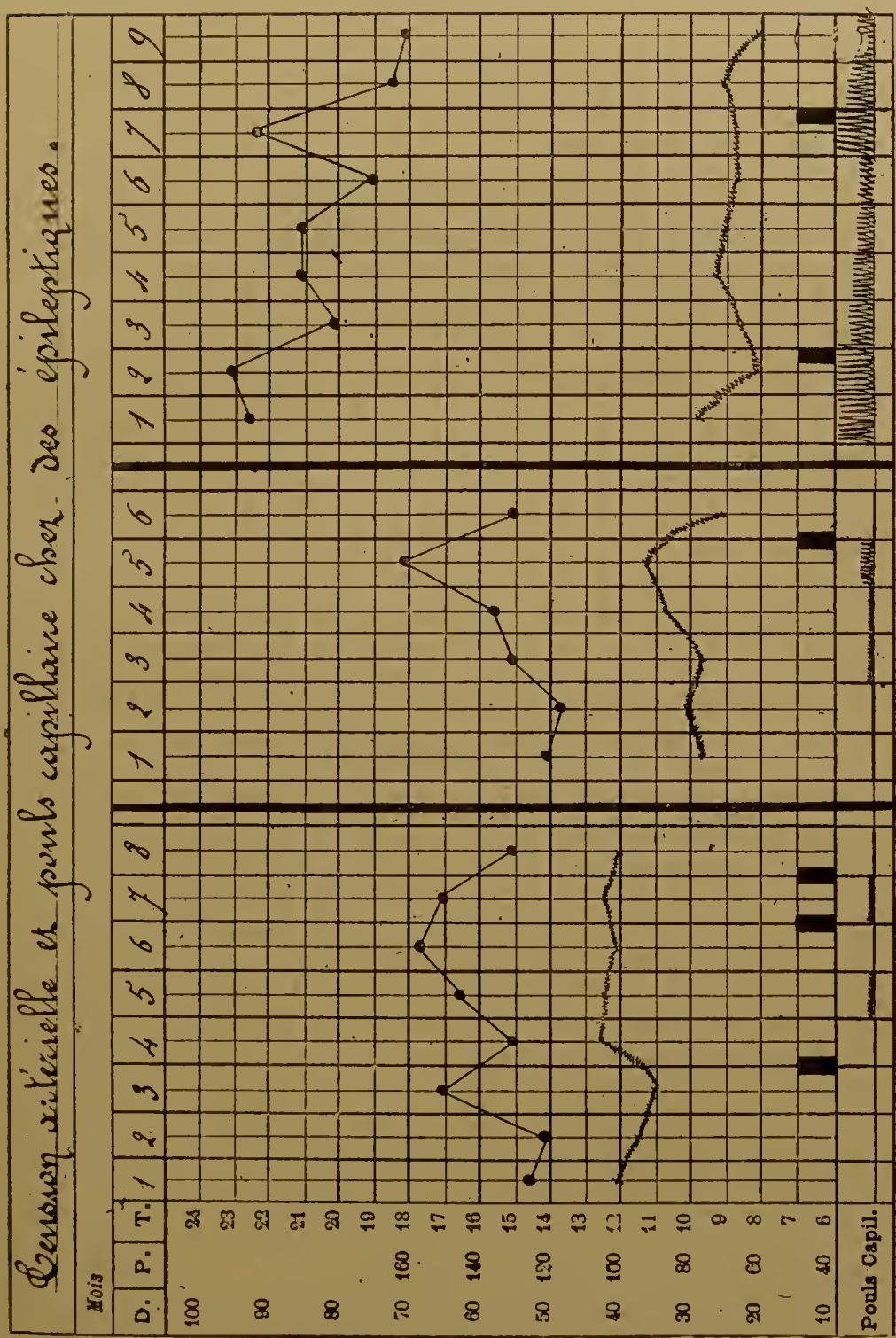

Tension intérieure et pouls capillaire chez des épileptiques.
Mois
D.
P.
T.
Pouls Capil.

Fig. 11.

jour, et la relation du phénomène avec les paroxysmes ne se saisit pas aisément.

Le second malade est plus instructif. Le premier et le second jour, sa tension artérielle est basse, le pouls capillaire nul; la pression s'élève le troisième et le quatrième jour, et le pouls capillaire apparaît, très léger; le cinquième, la tension est haute (18 c. de Hg.) : le pouls capillaire est très net; l'attaque survient dans la nuit; le lendemain la tension est basse, le pouls capillaire a disparu.

Notre troisième cas est celui d'un épileptique hypersthénique adonné à l'alcool, dont la tension artérielle est très haute, et chez qui l'on observe d'une façon constante le pouls capillaire au pouce de la main. Le premier et le second jour, sa pression étant de 22 1/2 et 23 c. de Hg, le pouls capillaire est aussi intense qu'il est possible de le voir. A la fin de ce second jour il y a une attaque, la tension et le pouls capillaire diminuent parallèlement; ils remontent ensemble le septième jour, à l'approche d'une crise convulsive, après quoi ils s'atténuent d'un même accord.

Voilà, certes, qui est bien insuffisant pour nous permettre de conclure. Mais il semble pourtant que si, dans ces deux derniers cas, le pouls capillaire et la pression artérielle ont suivi des oscillations parallèles, c'est que l'hyperpression à la radiale n'est point due à de la vaso-constriction périphérique, mais qu'elle est d'origine centrale, que c'est l'impulsion du cœur et le resserrement des artères

de moyen calibre qui la commandent, tandis que la périphérie cède passivement sous la poussée.

Mais, encore une fois, ce n'est là qu'une hypothèse, dont j'ai bien garde de m'exagérer la sûreté, et que je suis loin de tenir pour définitive.

Il n'y a pas que la pression artérielle qui soit influencée par la crise convulsive. Il est intéressant d'étudier parallèlement tous les côtés par où nous pouvons saisir et mesurer les variations de l'intensité vitale et de l'activité nutritive. C'est ainsi que j'ai pu étudier à plusieurs reprises, chez un certain nombre de malades, les modifications apportées, par l'approche et les suites du paroxysme, à la force dynamométrique, à l'étendue du seuil de la sensibilité, au nombre des pulsations, au nombre des globules rouges, à la quantité pour cent d'hémoglobine, à l'activité de réduction, au sein de nos tissus, de l'oxyhémoglobine.

Voici quels résultats nous avons obtenus.

Dans la proportion de huit fois sur dix, la force dynamométrique s'élève pendant les heures qui précèdent l'attaque pour s'abaisser pendant les heures qui la suivent. Quelques-unes des exceptions à cette règle s'expliquent par l'imminence d'une seconde attaque lorsque l'énergie accumulée dans les centres nerveux ne s'est pas assouvie du premier coup. Parfois encore, on observe, — ainsi que nous le verrons plus tard avec quelques détails

— de curieuses variations entre la main droite et la gauche.

A l'ordinaire, le graphique des deux mains demeure à peu près parallèle. C'est ainsi que, par exemple, la main droite donnant à l'ordinaire 45 kilogr. et la main gauche 36, elles donneront une ou deux heures avant la crise 54 et 42; puis, une ou deux heures après, 39 et 25.

Le graphique ci-après montre les variations de la tension artérielle, du nombre des pulsations et de l'état des forces sous l'influence d'une série de paroxysmes d'une exceptionnelle véhémence.

Le 18 octobre, à la suite d'une très vive émotion, le caractère du malade, assez calme ces temps derniers, s'exalte considérablement; il a colère sur colère. Sa tension artérielle passe de 16 à 18, puis à 19 et à 20 1/2, le nombre de ses pulsations passe de 68 à 90, sa main droite donne 55 kilogr., 68 kilogr., 72 kilogr., sa main gauche 58 kilogr., 65 kilogr. et 77 kilogr. Le 21, cinq grandes attaques dans la journée, et trois autres le lendemain, après quoi le malade tombe dans un véritable coma, avec refroidissement total de l'organisme, si bien que la température rectale n'est plus que de 35°,9.

Pendant deux jours, il faut entonner des aliments, que le malade déglutit tant bien que mal quand on les a portés dans son pharynx. Sous l'influence de vigoureuses stimulations périphériques et de fortes injections salines, le malade reprend conscience; on peut de nouveau compter et mesurer le pouls

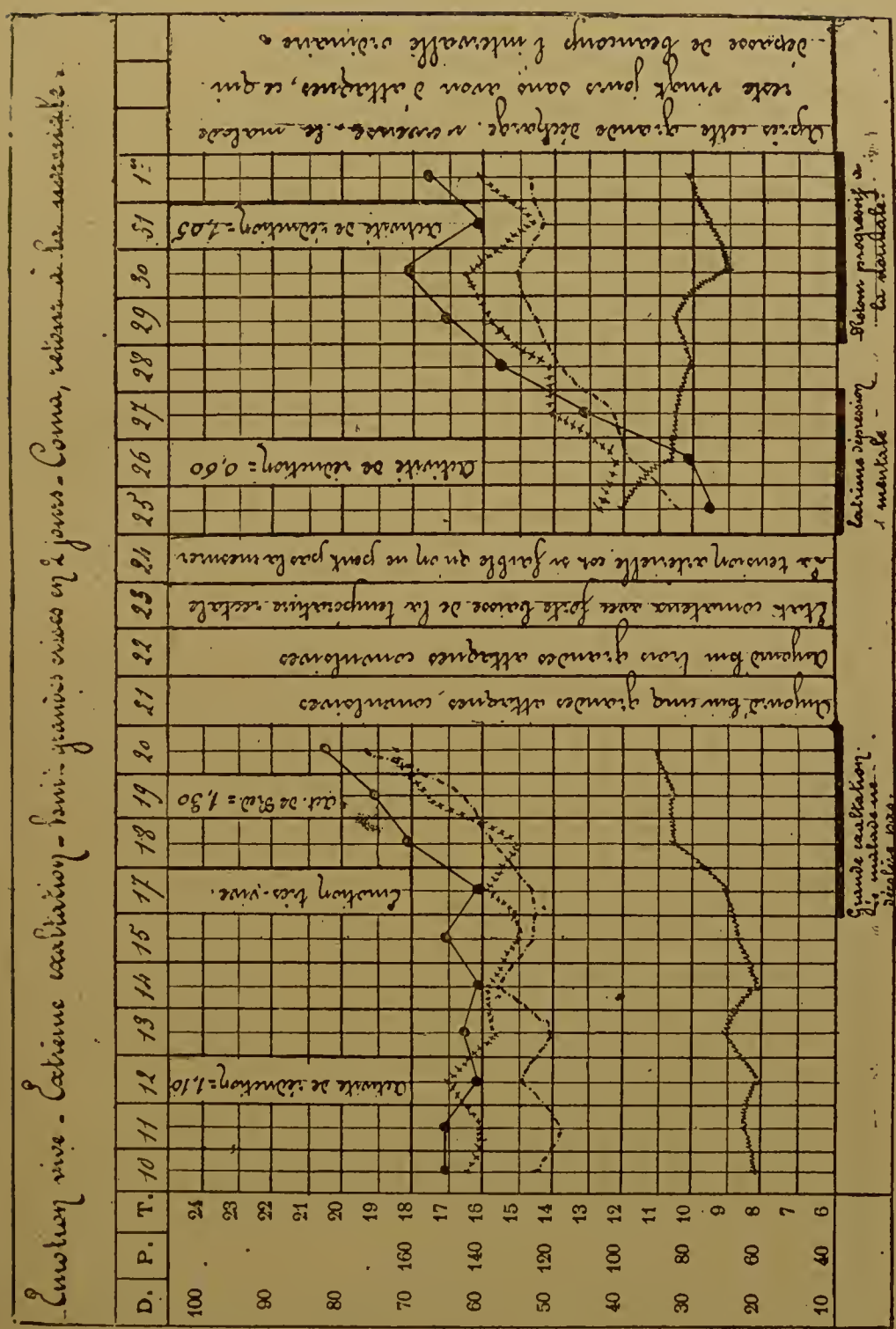

Émotion vive - Extrême exaltation - Sans grandes crises en 2 jours - Coma, retour à la normale.
D. P. T.
Activité de réduction = 1,10
Émotion très-vive.
Act. de Red. = 1,30
Grande exaltation. Le malade ne décolère pas.
Aujourd'hui cinq grandes attaques convulsives
Aujourd'hui trois grandes attaques convulsives
État comateux avec forte baisse de la température rectale
La tension artérielle est si faible qu'on ne peut pas la mesurer
Activité de réduction = 0,60
Activité de réduction = 1,05
Extrême dépression mentale
Ploton progressif à la normale
Après cette grande décharge, nerveuse, le malade reste vingt jours sans avoir d'attaques, ce qui dépasse de beaucoup l'intervalle ordinaire.

Fig. 12.

jusqu'alors insaisissable : nombre des pulsations = 100; tension artérielle = 9 1/2; main droite 44 kilogr., main gauche 32. Et le retour à la normale s'opère comme l'indique le graphique.

Rien de plus variable que le nombre des pulsations chez les épileptiques. Chez quelques-uns d'entre eux, nous le voyons croître sensiblement au voisinage des accès; chez d'autres, le pouls semble être invariablement nombreux : il se raréfie fréquemment sous l'influence du traitement. Dans beaucoup d'autres cas, les graphiques ne m'ont paru avoir aucune signification momentanément appréciable.

Quant au seuil de la sensibilité, le petit tableau ci-après donnera idée de ses modifications sous l'influence des crises. On y verra qu'elles sont assez régulièrement parallèles aux oscillations de la pression sanguine.

M. Ch. Féré a constaté un grand nombre de fois que le sang des comitiaux, examiné à l'hématimètre de M. Hayem, donnait, après les crises, habituellement de l'hypoglobulie, exceptionnellement de l'hyperglobulie.

L'hypoglobulie, qui est la règle, lui fait dire qu'une grande décharge nerveuse est l'équivalent d'une saignée. Pour ce qui est de l'hyperglobulie, quand elle se produit, il l'attribue à une concentration du sang résultant de la déperdition, souvent considérable, de liquide (urine, salive, sueur, etc.), en outre, le médecin de Bicêtre fait cette remarque fort juste,

MALADES.	INTENSITÉ des PAROXYSMES.	PRESSION ARTÉRIELLE A LA RADIALE.			SEUIL DE LA SENSIBILITÉ AU FRONT.		
		État habituel.	Avant la crise.	Après la crise.	État habituel.	Avant la crise.	Après la crise.
		cm.	cm.	cm.	cm.	cm.	cm.
1er	Faible.	13	16	11	4	4	6
2e	Faible.	14	15 1/2	13	5	4	5
3e	Moyenne.	15	17	13	5	2	5 1/2
4e	Moyenne.	15 1/2	18 1/2	12	5	3 1/2	7
5e	Moyenne.	14	18	12 1/2	4	2 1/2	5 1/2
6e	Forte.	14 1/2	18	16	5	3	4[1]
7e	Forte.	22	24	21	3 1/2	2 1/2	8
8e	Très forte.	13 1/2	19	10	4	2	8 1/2
9e	3 crises coup sur coup.	16	22[2]	9[3]	3	1 1/2	Impossible à mesurer.

1. Une nouvelle attaque était imminente ; les chiffres de la pression artérielle et du seuil de la sensibilité permettaient de prévoir que la crise s'était pour ainsi dire dédoublée, et qu'elle allait recommencer.

2. Chiffre pris 20 minutes environ avant l'attaque. Les chiffres de la tension pour les autres malades, ont été pris pour le premier 3 heures, pour le second 1 h. 1/2, pour le troisième 5 heures, pour le quatrième 3 heures, pour le cinquième 6 heures, pour le sixième 2 heures, pour le septième 8 heures, pour le huitième 3 heures avant l'éclosion du paroxysme.

3. Chiffre noté 4 heures après la troisième attaque.

Bien entendu, pour ce qui est du seuil de la sensibilité, je ne relate ici que les réponses faites avec discernement. J'ai fait peut-être une centaine d'expériences, et sur le nombre, neuf seulement me paraissent correctes et dignes d'être rapportées.

que la quantité d'oxyhémoglobine, presque toujours diminuée après l'accès, ne suit pas exactement les variations du nombre des globules rouges. C'est ainsi que quand il y a de l'hyperglobulie post-convulsive, il y a néanmoins baisse du taux pour cent d'oxyhémoglobine. En outre, la déperdition de l'hémoglobine met, à se réparer, beaucoup plus de temps que la perte numérique des globules rouges, quand il y en a.

Mes recherches à ce sujet concordent assez exactement avec celles de M. Féré. Chez cinq de mes malades (voir le tableau ci-contre), j'ai compté les globules rouges : 1° dans l'intervalle des attaques, c'est-à-dire à un moment où le dernier paroxysme avait vraisemblablement perdu tout effet, et où l'attaque à venir ne laissait pas encore pressentir son approche; 2° au moment où l'attaque me semblait imminente, à en juger par l'aspect du malade et la hausse de sa pression sanguine; 3° de une à quatre heures après que le malade avait repris sa connaissance.

Voici le tableau synoptique des chiffres que j'ai recueillis[1].

A peu près invariablement j'ai constaté une

1. J'ai fait environ une trentaine d'autres essais de numérations globulaires; celles que j'ai relatées ici sont les seules qui m'aient paru offrir quelque sécurité expérimentale. Encore ai-je une fois manqué de pouvoir compter le nombre des globules rouges, l'attaque ayant éclaté au moment où je finissais de préparer mon hématimètre.

NOM du MALADE.	AGE.	INTENSITÉ des paroxysmes.	TENSION ARTÉRIELLE.			NOMBRE DES GLOBULES ROUGES.			QUANTITÉ P. 0/0 D'HÉMOGLOBINE.			ACTIVITÉ DE LA RÉDUCTION.		
			État normal.	Avant la crise.	Après la crise.	État normal.	Avant la crise.	Après la crise.	État normal.	Avant la crise.	Après la crise.	État normal.	Avant la crise.	Après la crise.
	ans													
Ed. K***. .	24	Violente.	22	24	21	5 921 000	6 107 000	4 898 000	14	15	10 1/2	1,25	1,30	0,95
»	»	8 att. en 48 h.	16	20 1/2	9 1/2	. . . . . .N'ont pas été mesurés.						1,10	1,30	0,60
Aug. T***.	28	Moyenne.	15	17	13	. . . . . .Id.						0,80	0,90	0,65
F. R***. .	41	Moyenne.	13	16	11	3 968 000	4 712 000	3 317 000	8	10,5	7	0,65	0,85	0,55
»	»	Forte.	14	20	9	. . . . . .N'ont pas été mesurés.						0,85	1,10	0,60
B***. . . .	23	Légère.	13	17	13 1/2	4 123 000	4 371 000	4 185 000	10	10	8 1/2	0,75	0,90	0,75
Mlle L***. .	19	Moyenne.	15	»	12	4 433 000	pas mesuré.	3 968 000	9	»	8	0,90	»	0,65
L. B***. .	38	Forte.	14 1/2	18	11	3 875 000	4 464 000	3 410 000	8,5	9	7	0,85	1,05	0,60

hausse, parfois assez considérable, du nombre des hématies : dans la période préparoxystique, la différence en plus atteint jusqu'à 700 000 ou 800 000 globules; elle est assez sensible et assez constante pour qu'on ne puisse pas la mettre au compte d'une erreur de technique. La baisse numérique, ordinairement consécutive à la crise, est plus accentuée encore, sauf le cas où l'excitation cérébrale n'est pas tout à fait assouvie, et où une seconde crise est imminente.

L'activité de réduction du sang rouge en sang noir me paraît suivre très fidèlement les variations de la pression sanguine et du nombre des globules rouges. Rapide et tout à fait commode dans la pratique de chaque jour, le procédé de M. Hénocque est à coup sûr un des meilleurs moyens de se renseigner promptement sur l'état d'exaltation ou d'épuisement momentanés d'un système nerveux.

Comme M. Ch. Féré, je suis convaincu que les variations de la quantité pour cent d'oxyhémoglobine suivent une courbe indépendante des précédentes. C'est ainsi que j'ai presque toujours vu le sang recouvrer le chiffre normal de ses hématies bien avant sa teneur ordinaire en hémoglobine. La différence est toujours de plusieurs heures, quelquefois de deux ou trois jours. En somme, mes observations ne diffèrent de celles du médecin de Bicêtre que par quelques détails; peut-être les miennes donnent-elles un peu plus d'importance à l'excitation préparoxystique à laquelle il m'a été donné

souvent d'assister, parce que je suivais mes malades, en mesurant chez eux, au jour le jour, tout ce qu'il m'était loisible de mesurer. Je crois qu'il est possible de donner de cet ensemble symptomatique une explication sur tous les points plausibles. Il faut, pour cela, le comparer au phénomène dit « de l'hyperglobulie instantanée », analysé et interprété d'une façon si séduisante dans la communication du Dr Jules Chéron au Congrès de Bordeaux (1895). Ce phénomène, décrit par le médecin de Saint-Lazare comme conséquence immédiate de l'injection de sérum, a été constaté par M. Winternitz quelques minutes après la douche froide, par M. John Mitchell aussitôt après le massage généralisé, par M. Brouardel dans les premières heures qui suivent l'ingestion d'un purgatif salin, par moi-même après le bain salé, la faradisation, la grêle d'étincelles statiques, et généralement, après toutes les stimulations mécaniques du système nerveux. Voici quelle interprétation en donne le Dr J. Chéron.

Supposons tout l'appareil artériel en hypotension, la tunique moyenne des vaisseaux relâchée. Le calibre de l'arbre circulatoire entier augmente évidemment du même coup, et, pour remplir sa cavité trop large, emprunte de l'eau aux tissus voisins : le sang se trouve donc dilué ; il y a hydrémie. Sous l'influence de toute stimulation (à condition qu'elle ne soit ni insuffisante, ni excessive), le système nerveux central envoie plus de tonus aux muscles de la tunique moyenne des artères ; l'arbre circu-

latoire tout entier se resserre, chasse l'eau en excès dans les tissus périvasculaires, et provoque la diapédèse de quelques globules blancs, tandis que les globules rouges restent dans les vaisseaux. Il se produit ainsi, non pas une hyperglobulie réelle, mais simplement une concentration du sang.

Et c'est probablement de la même façon que les choses se passent chez les épileptiques. Sous l'influence de l'irritation directe ou réflexe de l'écorce grise, qui provoque le paroxysme convulsif, il y a exaltation d'ensemble de l'activité de tous les organes. En même temps que s'affine la sensibilité dont le seuil se resserre, le cœur bat plus vigoureusement, l'arbre circulatoire se contracte, la périphérie cédant un peu sous la poussée, ce qui explique le pouls capillaire constaté par nous dans presque tous les cas de forte hypertension à la radiale. Conséquences logiques : à mesure que la crise approche, concentration du sang, hyperglobulie apparente, hypertension, accroissement sensible de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine, enfin augmentation moins marquée de la quantité même de l'hémoglobine.

Vienne l'accès avec la déperdition considérable d'énergies qu'il comporte, et nous assistons à un véritable effondrement de la vitalité; le seuil de la sensibilité recule, la pression sanguine s'abaisse, la paroi des artères se relâche, d'où hydrémie, et hypoglobulie apparente; en même temps nous voyons s'épuiser l'activité de réduction du sang rouge en

sang noir. Nous constatons encore une forte décharge d'hémoglobine; mais tandis que tous les autres phénomènes ne sont que mécaniques, et se réparent à mesure que se restitue le tonus, c'est-à-dire assez promptement, l'hémoglobine, qui est un phénomène de nutrition plus profonde, met plus de temps à revenir à la normale.

Ce qu'il y a de particulièrement intéressant, c'est que tout cet ensemble symptomatique mesurable, qui caractérise l'excitation préparoxystique et la dépression post-épileptique, s'observe, non seulement à propos des crises convulsives du haut mal, mais encore à propos des équivalents psychiques de l'attaque. J'ai noté des chiffres tout à fait comparables avant et après les accès de fureur comitiale. J'ai observé également l'hypertension, l'hyperglobulie apparente, le rétrécissement du seuil de la sensibilité et l'extrême activité de la réduction chez de simples neurasthéniques momentanément excités. Les grandes crises de colère, la répétition fréquente du coït, les marches excessives faites par des gens insuffisamment entraînés, déterminent plus ou moins les mêmes signes d'épuisement nerveux.

Si nous consultons les graphiques et les tableaux synoptiques qui précèdent, nous verrons que, d'une façon générale et à quelques exceptions près, l'amplitude des oscillations se révèle d'autant plus grande que le sujet était antérieurement plus débile. C'est, je crois bien, ce qui explique le succès de la médication tonique, associée, comme on verra plus

loin, à la médication classique par les bromures.

Là se bornent les documents qu'il m'a été donné de recueillir. Je n'en apporte point d'assez précis ni d'assez nombreux sur la question de la toxicité urinaire, où ne s'accordent point les observations de M. Féré et de M. Voisin. Je n'ai pas non plus étudié la densité du sang avant et après les attaques, ainsi que l'ont fait MM. Claus et Van der Stricht. Ils pensent que cette densité est au minimum au moment de l'imminence du paroxysme, et au maximum après l'attaque. Mais je crois bien que de nouvelles recherches sont nécessaires sur ce point très particulier et très intéressant.

CHAPITRE III

GRAPHIQUES DE LA FORCE DYNAMOMÉTRIQUE, POUVANT SERVIR AU DIAGNOSTIC DE LA CAUSE ET AU PRONOSTIC CHEZ LES ÉPILEPTIQUES.

En suivant ses malades au jour le jour, et en mesurant leur force dynamométrique, on constate parfois qu'un côté du corps prend, plus que l'autre, part à l'excitation préparoxystique et à la fatigue post-convulsive. — Observation d'épilepsie tardive consécutive à un traumatisme crânien; prédominance de la main droite. — Seconde observation : malade de 29 ans, hérédo-syphilis probable ; prédominance de la main gauche. — Conséquences thérapeutiques.

On sait déjà que l'approche du paroxysme comitial, sur un tracé au jour le jour de la pression artérielle et de l'état des forces, se marque habituellement par une ascension parallèle, le malade étant à ce moment-là en excitation de tout l'organisme. Après la crise, on assiste, au contraire, à tout un ensemble de phénomènes d'épuisement que traduit le graphique. Mais il est quelques cas plus rares où l'on obtient, au lieu d'une figure à peu près symétrique, une courbe très différente pour

la main droite et la main gauche. L'une d'elles semble prendre aux phénomènes convulsifs une part extrêmement importante, l'autre restant indifférente ou peu s'en faut. Il ne s'agit point cependant d'épilepsie Jacksonienne à proprement parler, l'accès ayant tous les caractères de l'accès classique de petit mal ou de grand mal sacré, avec cri initial et convulsions générales d'emblée. C'est à peine si l'on s'aperçoit, pendant la crise même, qu'un des côtés du corps y participe plus que l'autre, et c'est vraiment la courbe dynamométrique qui révèle toute la différence.

On pourra voir, par les deux observations ci-après, que cela n'est pas sans importance, au double point de vue du diagnostic de la cause, du pronostic et du traitement.

Observation VI

M. S... 56 ans.

Antécédents héréditaires, vraisemblablement nuls.

Antécédents personnels. —Le malade paraît s'être bien porté jusqu'à cette année (1897); pas de convulsions de l'enfance, pas de maladies infectieuses autres que la rougeole quand il avait 5 ou 6 ans; pas d'alcoolisme, pas de syphilis, à ce qu'il affirme du moins; on n'en trouve d'ailleurs aucune trace appréciable.

Au mois de décembre 1895 ou de janvier 1896, M. S... un jour de dégel, a glissé dans la rue, et sa tête a porté sur le bord du trottoir. Il s'est fait une contusion avec épanchement sanguin sous-cutané, assez peu grave cependant pour qu'il n'en fût pas autrement préoccupé; les contusions qu'il avait reçues ce jour-là sur la hanche et sur le dos le faisaient souffrir davantage. Quelques maux de tête, les jours suivants, s'accompagnant d'un très léger degré de fatigue intellectuelle. A noter encore quelques envies de vomir, qui seraient survenues peu de jours après cette chute; le malade n'en a gardé d'ailleurs qu'un souvenir assez confus.

M. S... avait complètement oublié ce léger traumatisme lorsque, quinze mois après, le 16 mars 1897, il fut pris au sortir de table, à midi, d'un accident que sa femme décrit de la façon suivante. « Assis dans son fauteuil, le corps de mon mari s'est légèrement tassé sur le coussin, ses yeux sont devenus très fixes, son visage a pâli pour devenir couleur de pierre ou, mieux encore, de plâtre humide, ses mâchoires se sont mises à mâchonner à vide, tandis qu'un peu d'écume paraissait auprès de la lèvre. Une de ses deux mains, la droite, si je me souviens bien, s'est portée en avant, toute raide, puis, au bout de six minutes environ, le malade, qui jusque-là ne répondait pas aux questions et ne semblait pas les entendre, a paru sortir d'un rêve. Il a cessé de mâchonner, son bras s'est détendu, sa main a machinalement essuyé la salive au coin de la bouche, ses

yeux, perdant leur fixité, ont regardé de droite et de gauche, comme s'ils ne reconnaissaient pas la chambre et l'entourage. Puis il a pu parler; il a dit qu'il se sentait las et qu'il avait grande envie de dormir. »

13 avril, une attaque semblable (durée : huit minutes).

Rien en mai.

Le 7 juin, à la suite de fortes douleurs de tête, attaque de dix minutes au moment du premier déjeuner; le même jour, seconde attaque vers 1 heure (huit minutes).

Le 25 juin : une crise de sept minutes.

En juillet : crises le 8, le 19, le 28 après le repas de midi, et une autre le soir, vers 6 heures, tandis qu'il revenait du bureau.

Ce jour-là, comme il n'était pas assis dans son fauteuil, mais debout dans la rue, il tomba doucement à terre; pourtant, pas de secousses convulsives; si bien que le pharmacien, chez qui il fut conduit, crut n'avoir affaire qu'à un vertige d'estomac.

Le malade passe le mois d'août au bord de la mer, à Royan; et il semble que cela ne lui réussit guère, car les accès se rapprochent encore.

Le 3	août,	une attaque,	huit	minutes.
Le 6	—	—	huit	—
Le 13	—	—	six	—
Le 18	—	—	cinq	—
Le 20	—	—	six	—

Depuis le commencement de juillet, le malade

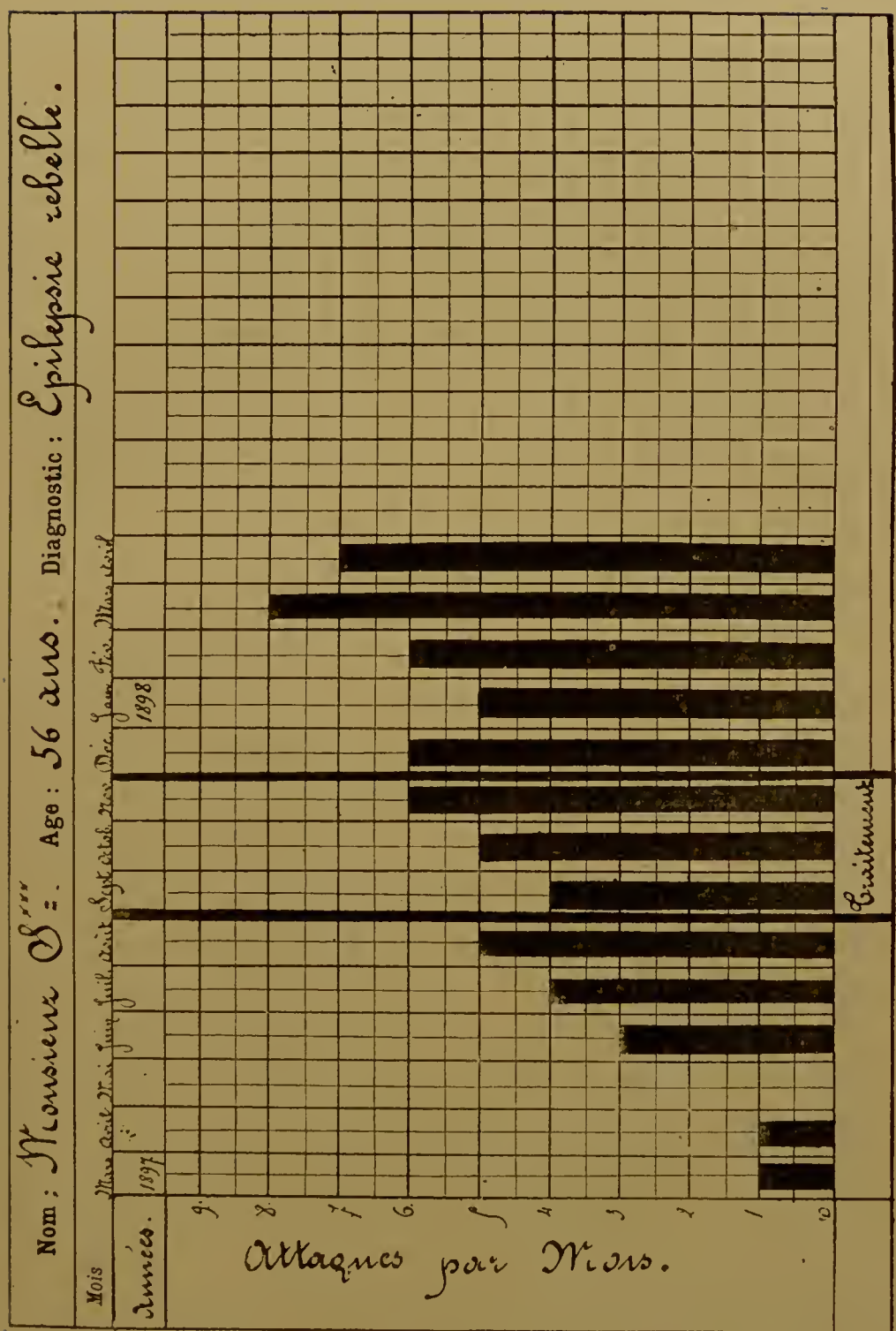

Nom : Monsieur X...
Age : 56 ans.
Diagnostic : Epilepsie rebelle.
Mois
Mars Avril Mai Juin Juil. Août Sept. Octob. Nov. Déc. Janv. Fév. Mars Avril
Années.
1897
1898
9.
8.
7.
6.
5.
4.
3.
2.
1.
0.
Attaques par Mois.
Traitement

Fig. 13.

prend du bromure (de 4 à 8 grammes par jour), et il ne semble pas qu'il en tire grand bénéfice, les attaques sont peut-être un peu plus brèves, mais leur fréquence ne cesse de s'accroître.

En septembre : une attaque le 7 ; le malade vient le 9 à ma consultation.

En présence de l'insuccès du traitement bromuré, je pense à la syphilis, et j'institue un traitement énergique : frictions mercurielles dans les plis articulaires, iodure de potassium à haute dose (je suis allé progressivement jusqu'à 5 grammes en vingt-quatre heures); purgatifs légers fréquemment répétés, et lavages de l'intestin.

Le premier mois, le malade, qui a eu déjà une attaque l'avant-veille du jour où il est venu chez moi, semble aller un peu mieux.

Attaques les 11, 22, 29 septembre.

Mais en octobre, alors que le traitement aurait dû agir davantage, il en a cinq.

En novembre, six accès. Après être revenu au bromure et avoir essayé du chloral, j'abandonne le traitement. Mais Mme S... ne cesse pas de me tenir au courant de la santé de son mari. Elle voyage avec lui, passe l'hiver dans le Midi, où l'on essaie encore de l'hydrothérapie, de l'opium et du borax. Le nombre des attaques augmente à peu près constamment (voir fig. 13).

En décembre : six attaques.

En janvier : cinq attaques.

En février : six attaques.

En mars : huit attaques.

En avril : sept attaques.

A ce moment je perds le malade de vue.

Tandis que je le suivais trois ou quatre fois par semaine, je m'étais inquiété de savoir s'il n'avait pas fait de chute sur la tête. Sa femme m'avait raconté l'accident dont il est fait mention plus haut.

Par l'examen extérieur (vue et palper), il est absolument impossible de trouver traces d'une ancienne fracture ou d'une fêlure du crâne. Le malade lui-même n'attachait aucune importance à ce traumatisme dont il n'avait gardé, nous l'avons dit, qu'un souvenir assez confus.

Chaque fois qu'il vint à ma consultation, j'ai pris avec soin le graphique de sa tension artérielle et de l'état de ses forces au dynamomètre (main droite et main gauche).

D'une façon assez régulière on voit la pression artérielle s'abaisser très sensiblement quand le malade a eu une crise avant de venir. Elle se relève au contraire l'avant-veille et la veille de l'attaque, et permet ainsi d'en prédire assez exactement le retour. Le graphique de la main gauche est tout à fait banal et ne signifie rien d'appréciable. Le graphique de la main droite est, au contraire, accidenté et intéressant.

Le 9 septembre, premier jour où je vois M. S..., la main droite donne 43 kilogrammes et la main gauche 37 ; le 11, je le vois deux heures après une

attaque : la main gauche donne 35 et la main droite 30; elle est devenue la plus faible. L'équilibre se rétablit les jours suivants; le 14, le 16 et le 18, jours où le malade n'a pas de crises, c'est la droite qui est la plus forte.

Le malade a un accès le 22, et je ne le vois que le 23; ce jour-là, la main droite et la main gauche ont la même force : 32 kilogr.

Le 25, la main droite a retrouvé beaucoup de vigueur : 45 kilogr.; la main gauche marque 35.

Le 29, on m'amène le malade trois ou quatre heures après une crise : la main droite marque 38 kilogr., la main gauche 32. Sans doute la main droite est encore la plus forte, mais, proportionnellement, elle a perdu plus d'énergie que la main gauche (voir fig. 14).

Le 1er octobre : 40 kilogr. à droite, et 35 à gauche.

Le 2 : 47 kilogr. à droite, et 37 à gauche.

Le 4 : 45 kilogr. à droite, et 36 à gauche.

Le 5, il y a une crise. Or, ce jour-là, la main gauche donne encore 36 kilogr., tandis que la main droite n'en donne que 34. Le lendemain, nouvelle attaque : la main gauche s'abaisse un peu à 32 kilogr., la droite ne donne que 28.

Le 7, la droite redonne 40 kilogr., la gauche, 34.

Le 8 : 40 kilogr. à droite, et 35 kilogr. à gauche.

Le 9, petite attaque : la droite et la gauche se confondent, à 35 kilogr.

Le 11 : 40 kilogr. à droite, et 34 à gauche.

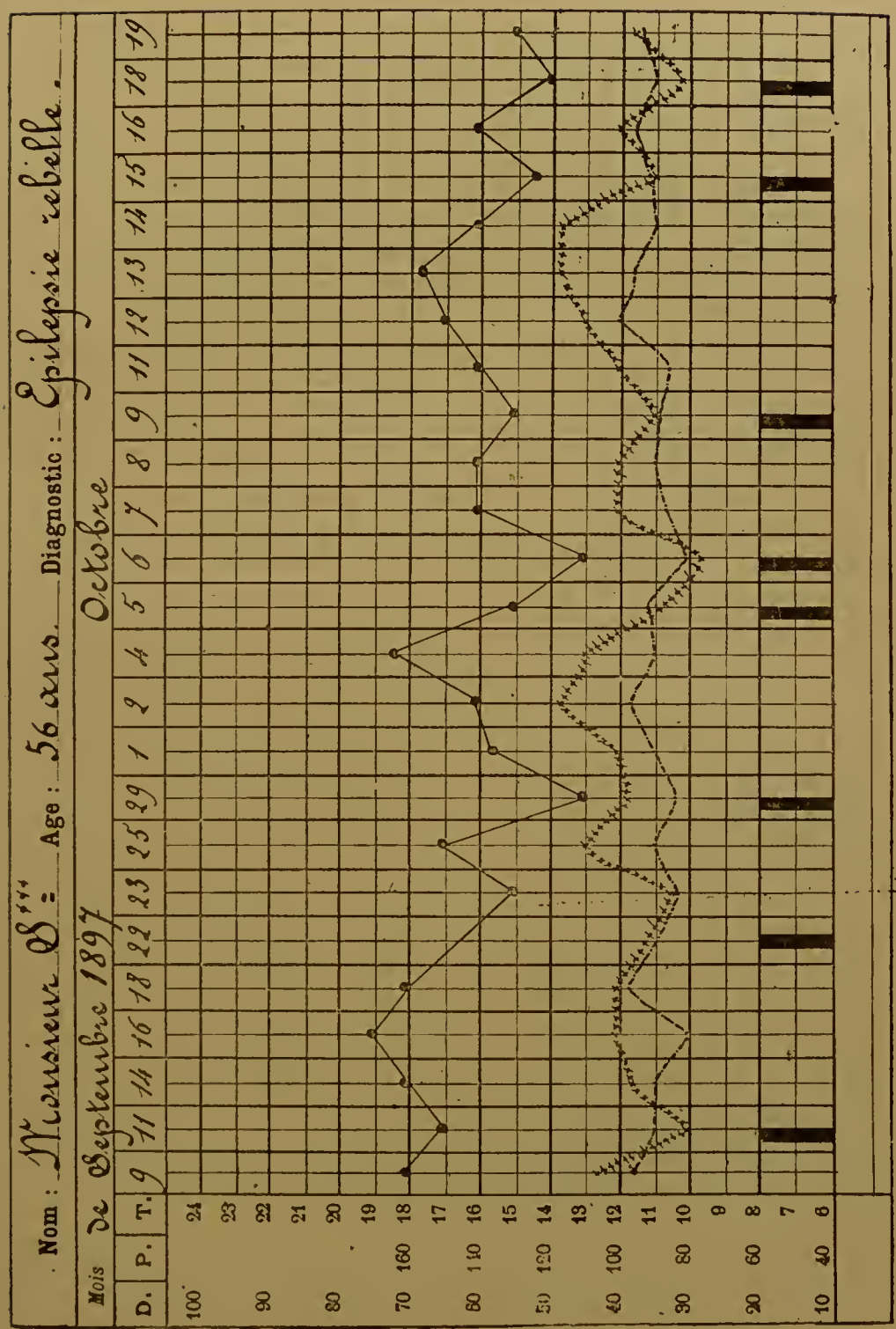

Nom : Monsieur S***
Age : 56 ans.
Diagnostic : Epilepsie rebelle.
Mois de Septembre 1897
Octobre
D. P. T.

Fig. 14.

Le 12 : 45 kilogr. à droite, et 40 à gauche.

Le 13 : 48 kilogr. à droite, et 38 à gauche.

Le 14 : 48 kilogr. à droite, et 35 à gauche.

Le 15 : une crise à midi. A 2 h. 30, la main droite donne 35 seulement, la gauche 36 ou 37.

Le 16, la main droite reprend le dessus : 40 kilogr., la gauche 38.

Le 18, une attaque : 32 kilogr. à droite, et 35 à gauche.

Le 19, 38 kilogr. à droite, et 37 à gauche.

L'attaque de la veille ayant été un peu plus longue que de coutume, le malade reste plus longtemps fatigué du bras droit.

Voici donc un cas dans lequel l'étude du graphique de l'état des forces a nettement contribué au diagnostic. Sans doute, au moment des attaques, le malade raidissait un peu plus le bras droit que le bras gauche, et, après la crise, il accusait de lui-même une lourdeur plus grande du membre supérieur droit. Mais j'avoue n'y avoir pas attaché grande importance, jusqu'au jour où le phénomène, s'inscrivant de lui-même, a pris tout son relief et tout son intérêt à mes yeux. Le cas étant absolument rebelle à tout traitement médical, j'ai parlé d'une intervention chirurgicale, qui n'a pas été acceptée.

Observation I (Résumée)

Voici maintenant les graphiques d'un autre comitial, Edmond K..., vigoureux garçon de 26 ans [1], fils de syphilitique, et absorbant lui-même, en quantité notable, des boissons fortes. Il a (fig. 15) de fréquentes et très fortes attaques, habituellement précédées de colères terribles, convulsions psychiques, qui suppléent quelquefois à la crise de convulsions musculaires.

Pendant toute la durée du traitement (mai à octobre 1898) les accès diminuent incontestablement de nombre et d'intensité. Le mal reprend toute sa gravité lorsque Edmond K..., à la suite d'un grand chagrin, se remet à boire des apéritifs, de la bière et des liqueurs. Bien qu'il ait radicalement supprimé tous les excitants du système nerveux le temps qu'il est resté entre mes mains, il est bon de constater qu'il n'a eu qu'une amélioration passagère, que les crises n'ont point disparu complètement, et que, bientôt, elles ont repris leur gravité première. C'est, comme on dit, un mauvais cas, avec lésion anatomique probable de l'écorce cérébrale, lésion vraisemblablement plus marquée sur l'hémisphère droit.

1. Voir l'observation complète, à la fin du volume.

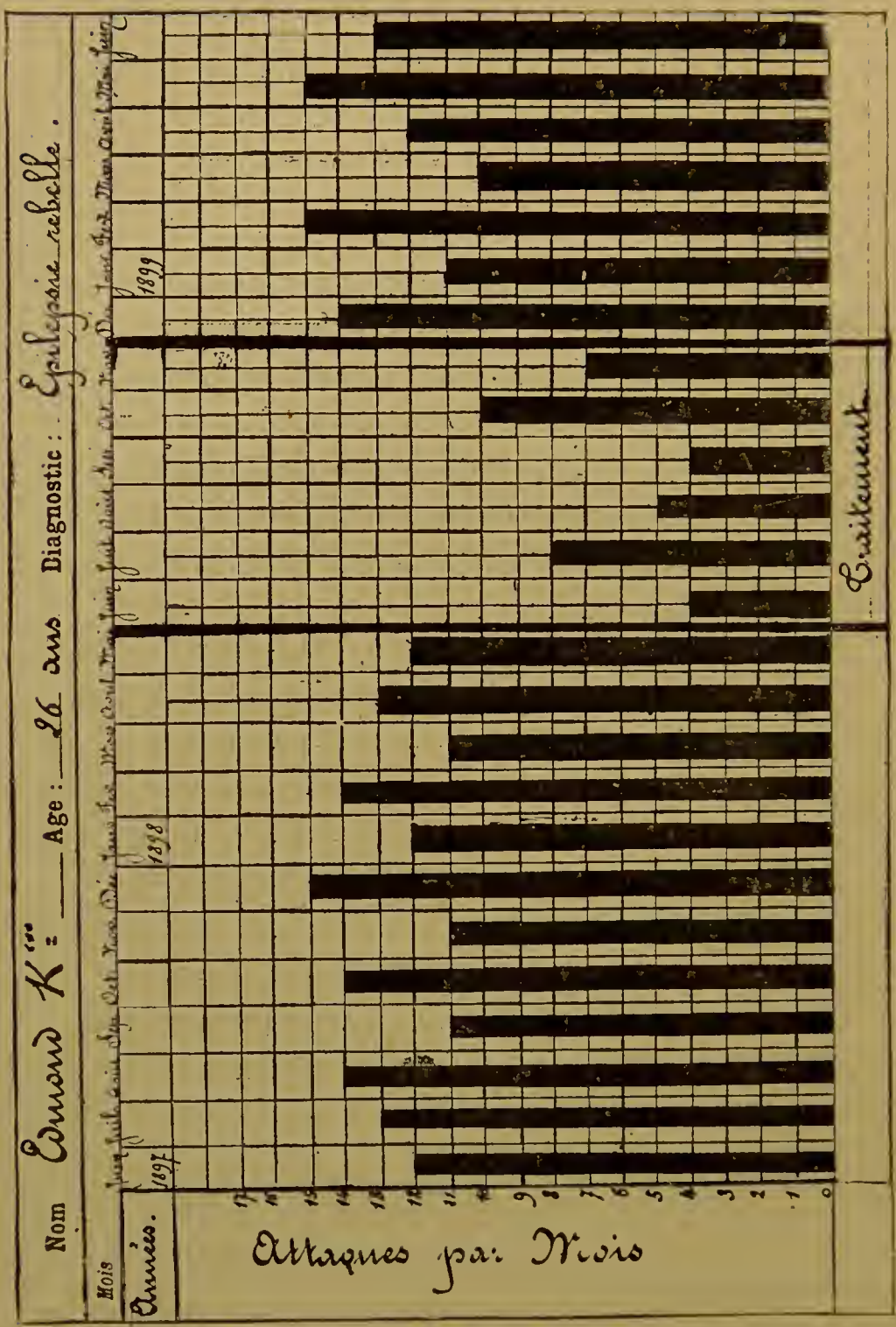

Nom Emond K'''
Age : 26 ans
Diagnostic : Epilepsie rebelle.
Mois
Années.
1897
1898
1899
Attaques par Mois
Traitement

Fig. 15.

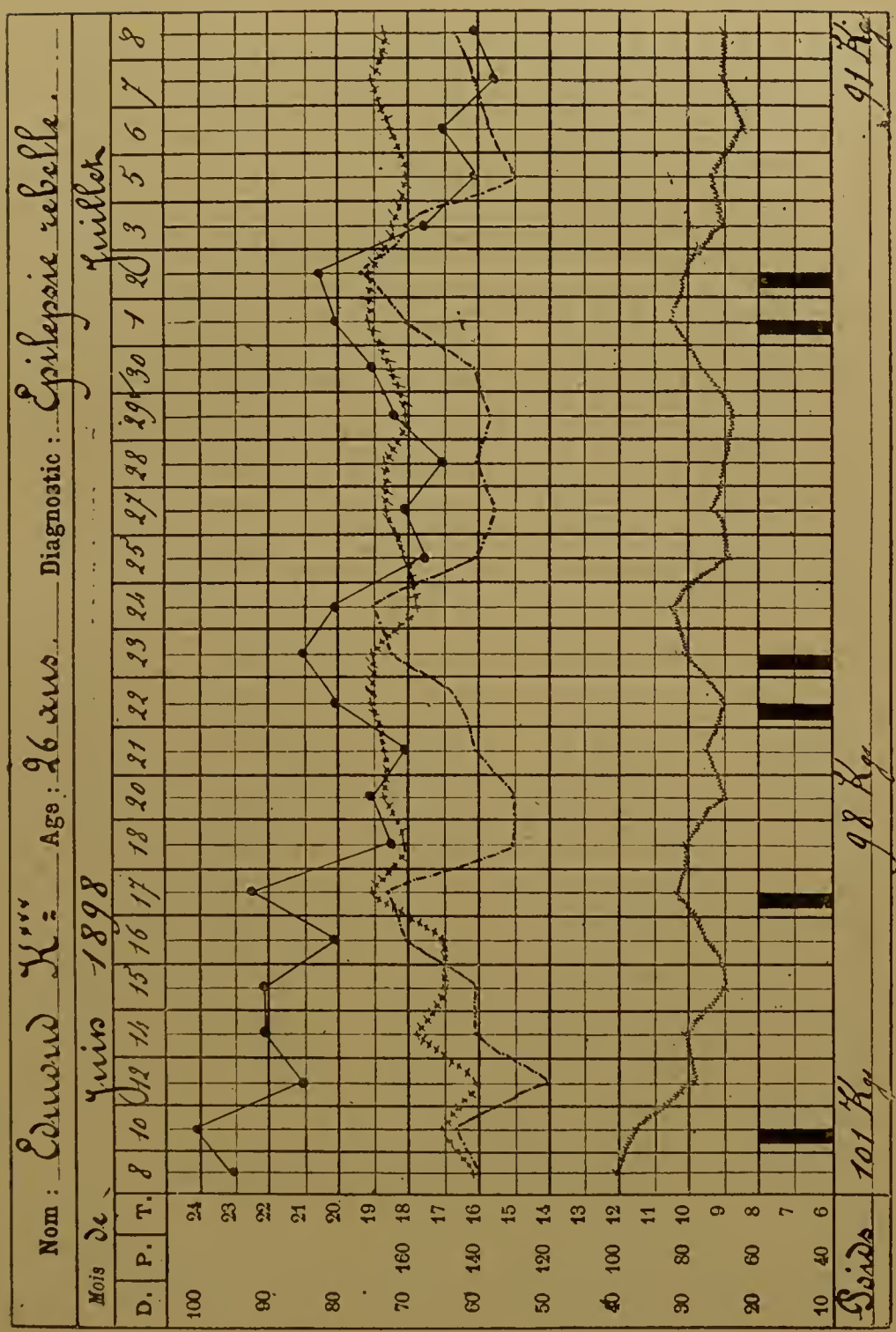

Nom : Edmond K...
Age : 26 ans
Diagnostic : Epilepsie rebelle
Mois de Juin 1898 Juillet
D. P. T.
Poids
101 Kg
98 Kg
91 Kg

Fig. 16.

Si nous consultons, en effet, le graphique de la tension sanguine et de la force dynamométrique, nous y relevons les particularités intéressantes que voici.

On y peut constater d'abord que — du fait de la suppression de l'alcool, — le tracé de la pression artérielle tend manifestement à s'abaisser. Il se relève, de temps à autre, à l'approche des paroxysmes, mais de moins en moins, semble-t-il, à mesure que le malade se porte mieux.

La courbe chargée d'indiquer la force dynamométrique de la main droite ne subit que des oscillations banales. Elle indique pourtant que le malade se fortifie, à mesure que son esprit devient plus lucide et que son caractère se montre moins irritable (effet habituel des injections de sérum artificiel qui ont fait partie du traitement).

Le graphique de la main gauche est plus significatif. Il montre ce fait important, qu'à l'approche de chaque crise, son énergie augmente jusqu'à égaler ou même à surpasser la force de la main droite; loin d'être accidentel, ce fait se reproduit avec une remarquable régularité. Après l'attaque, au contraire, la main gauche est de beaucoup la plus affaiblie. Le malade lui-même s'en rend compte, et l'on peut voir qu'il n'accuse pas là une sensation purement subjective. On peut constater, d'ailleurs, que, pendant le paroxysme convulsif, le côté gauche subit des secousses plus violentes. L'attaque, cependant, débute par le cri classique; elle est

générale, d'emblée, et il ne s'agit point ici d'un cas d'épilepsie Jacksonienne.

Voilà deux cas de mal sacré, différents sous bien des rapports, mais qui ont cependant quelques points communs d'un réel intérêt. L'un et l'autre de ces malades, si l'on consulte les graphiques ci-dessus, avaient une prédominance marquée, dans un des côtés du corps, des phénomènes d'excitation préparoxystique et de dépression postconvulsive. Leurs crises, cependant, ressemblaient tout à fait aux attaques comitiales vulgaires, et non point aux accès d'épilepsie partielle. C'est seulement après avoir constaté sur le graphique qu'une main s'énervait et se fatiguait plus que l'autre, qu'on a fini par s'apercevoir d'une différence effective dans l'intensité des convulsions à droite et à gauche.

L'un des malades avait eu un traumatisme cranien, cause probable de l'irritation de son écorce grise ; l'autre était fils de syphilitique et abusait de l'alcool. Tous deux enfin, en dépit d'améliorations passagères (dues chez Edmond K... à la suppression momentanée de l'alcool), étaient, au demeurant, rebelles au traitement qui d'ordinaire réussit.

En effet, les graphiques de nos autres malades figurent, à peu près tous, un relèvement rapide des forces de la tension sanguine et une accélération de la nutrition, coïncidant avec la raréfaction ou la

disparition des attaques. C'est qu'il s'agit alors de cas d'épilepsie bénigne, présentant au début du traitement de la dilatation de l'estomac, avec tout le cortège de la misère physiologique. Ces malades sont de véritables neurasthéniques-épileptiques : mettez-les au régime, lavez leur estomac et leur intestin, tonifiez-les d'une manière méthodique, et il suffira d'une petite dose de bromure pour les maintenir sans accidents, rehausser leurs facultés intellectuelles, et améliorer même leur caractère.

Combien sont différents les deux cas que nous venons de rapporter. Nous avons dû cesser le traitement chez Edmond K... parce que l'amélioration ne se maintenait point; chez M. S..., parce que rien n'avait pu enrayer la marche ascendante des attaques.

J'estime qu'ici, l'on est autorisé à croire que l'écorce cérébrale est anatomiquement lésée, et que le mal, répandu sur toute la convexité des hémisphères, s'est plus particulièrement fixé sur l'un d'eux. Ce n'est pas de l'épilepsie Jacksonienne, mais quelque chose d'intermédiaire entre l'épilepsie partielle et l'épilepsie générale. Et ce n'est vraisemblablement ni de l'épilepsie par auto-intoxication, ni de l'épilepsie réflexe par irritation de quelque périphérie sensitive, mais bien plutôt de l'épilepsie par irritation anatomique diante et intense du manteau cérébral.

Le graphique de la force dynamométrique, notée aussi fréquemment que possible, a été ici d'une

incontestable utilité. Il a fourni les renseignements qui, mieux que tous les autres, permettent de reconnaître s'il s'agit d'un mal comitial à forme gastro-intestinale, hyposthénique, à pronostic bénin, ou d'une épilepsie par grosses lésions de l'écorce, à pronostic mauvais.

Cela est d'une évidente importance au point de vue de la conduite à tenir. En effet, quand un malade, rebelle au traitement médical, présente des phénomènes d'excitation préconvulsive et de dépression postépileptique beaucoup plus accentués d'un côté, on est, je pense, véritablement en droit de proposer l'intervention chirurgicale ; et (puisqu'il s'agit vraisemblablement de lésions très étalées) de recourir, non point à de petites trépanations, mais à ces larges ouvertures du crâne, dont M. Eugène Doyen a récemment décrit la technique opératoire.

CHAPITRE IV

INFLUENCE DE L'APPROCHE DES ÉPOQUES MENSTRUELLES SUR LE GRAPHIQUE.

Graphique d'hypertension précataméniale. — Graphique d'hypotension précataméniale. — Essai d'interprétation.

On sait combien, chez les femmes épileptiques, l'époque menstruelle est particulièrement favorable au retour des attaques. A ce moment il n'est pas de médecin qui ne redouble de soins, et qui n'augmente la dose de bromure pour éviter un accident probable. Faute de ces précautions, un grand nombre de comitiales ont une ou plusieurs crises, tantôt dans cette période d'excitation nerveuse qui souvent annonce le flux, tantôt à la période de dépression consécutive.

Sur les graphiques où je note l'état quotidien de mes malades, j'ai vu s'inscrire quelques modifications des forces dynamométriques, du pouls et de l'activité vitale, qu'il me paraît intéressant de reproduire.

La venue d'une attaque modifiant par elle-même la courbe du tracé, j'ai dû faire choix d'époques menstruelles où les malades n'avaient pas eu de crises, de manière à éviter toute complexité pouvant nous induire en erreur.

Selon les cas, les modifications ainsi observées prennent deux aspects différents.

Voici d'abord (graphique 17) ce qui se passe le plus souvent.

Chez notre première malade, qui a ses règles le 16, le 17, le 18, le 19 et le 20, nous voyons la tension artérielle s'élever, plusieurs jours avant, de 14 à 16 c. de Hg. ; après quoi, dès que le cours du sang s'est établi, la pression s'abaisse, pour descendre, deux ou trois jours après la fin, bien au-dessous de la normale. Le nombre des pulsations suit une courbe presque parallèle. La force dynamométrique ne se modifie guère. Par contre, le pouls capillaire, qui n'existe pas à l'état ordinaire, se montre deux jours avant les règles, s'accentue le temps qu'elles durent, pour disparaître après.

Rien de particulier chez la seconde malade, si ce n'est une ascension prémonitoire de la pression artérielle, qui s'affaisse dès que les règles apparaissent.

Chez la troisième comitiale, la tension normale est de 15 à 17 c. de Hg. En quatre jours, pendant lesquels Mme X... se montre extrêmement énervée et colère, la courbe monte jusqu'à 19 centimètres, cependant que l'activité de réduction de l'oxyhémo-

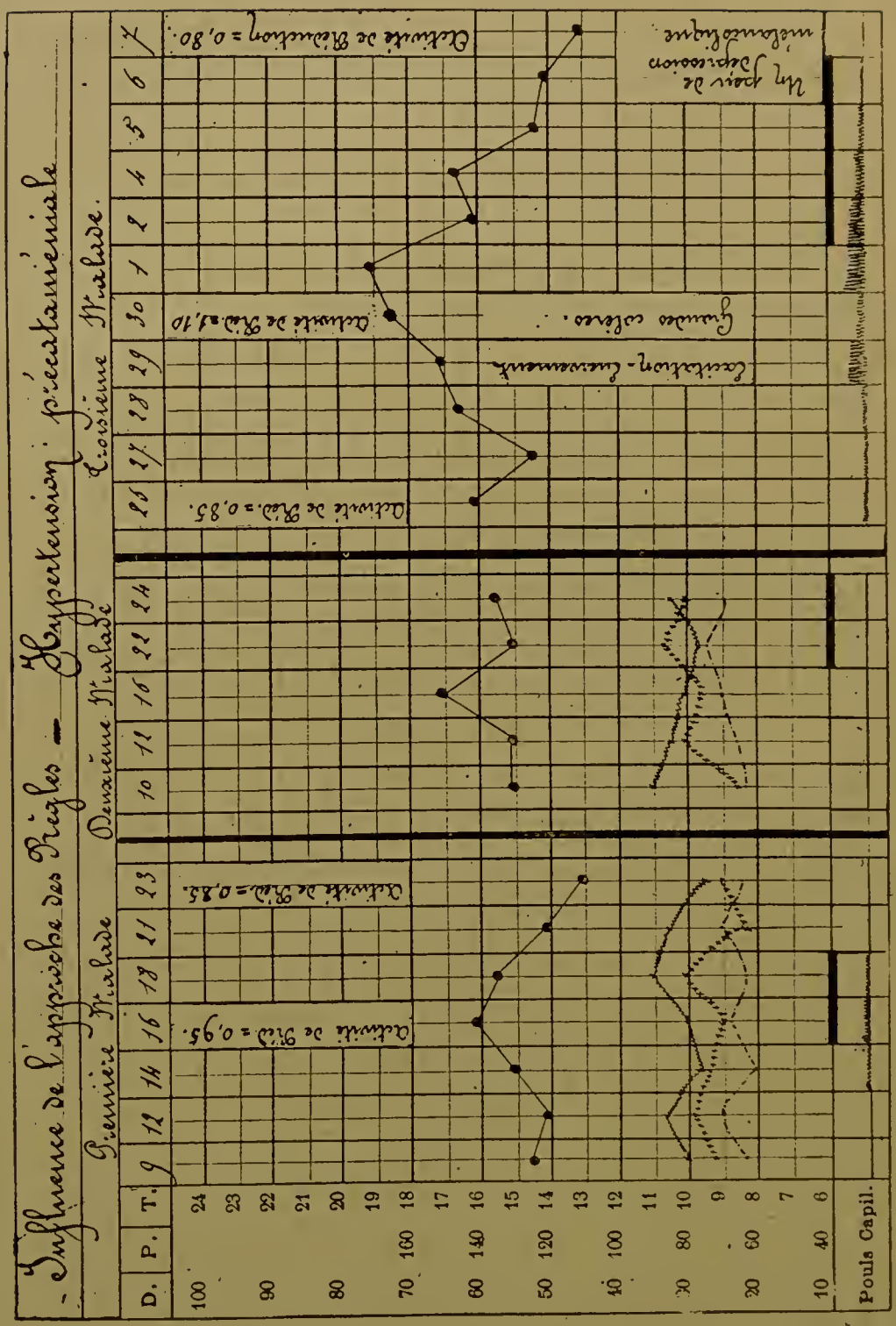

Influence de l'approche des Règles — Hypertension précataméniale
Première Malade
Deuxième Malade
Troisième Malade
D.
P.
T.
Activité de Réd. = 0,95.
Activité de Réd. = 0,85.
Activité de Réd. = 0,85.
Activité de Réd. = 1,10
Activité de Réduction = 0,80.
Excitation - Enervement
Grandes colères.
Un peu de dépression mélancolique.
Pouls Capil.

Fig. 17.

globine passe de 0,85 à 1,10. C'est le lendemain seulement que les règles se montrent, et tout de suite la tension baisse de 19 à 16. A la fin de l'époque, elle n'est plus que de 13 centimètres, et l'activité de réduction de 0,80 ; la malade a un véritable petit accès de mélancolie dépressive. Le pouls capillaire qui, normalement, est léger, s'est fortement accentué avant le flux et pendant les deux ou trois premiers jours de sa durée.

Dans les trois observations ci-dessus, les menstrues sont inscrites entre une phase d'excitation qui les précède et une phase d'épuisement nerveux qui les suit.

Un second aspect de la courbe, un peu plus rare, est celui que nous montre le graphique 18.

La première malade a une tension artérielle qui oscille entre 15 et 16 centimètres ; le cinquième jour elle tombe à 13, tandis que le sujet accuse de la fatigue, de la tristesse et de fréquentes envies de pleurer. Dès le lendemain, les règles surviennent, et la pression monte de 13 à 17, la malade passant de la tristesse aux colères faciles ; puis la tension redescend de nouveau. La force dynamométrique ne s'est pas comportée de même sorte, puisqu'elle a été d'une traite, surtout pour la main droite, en s'exaltant jusqu'au troisième jour des règles. Le pouls capillaire qui existe à l'état normal, montre un renforcement qui coïncide avec la baisse de la tension artérielle, qu'on peut sans doute attribuer ici à une vaso-dilatation périphérique.

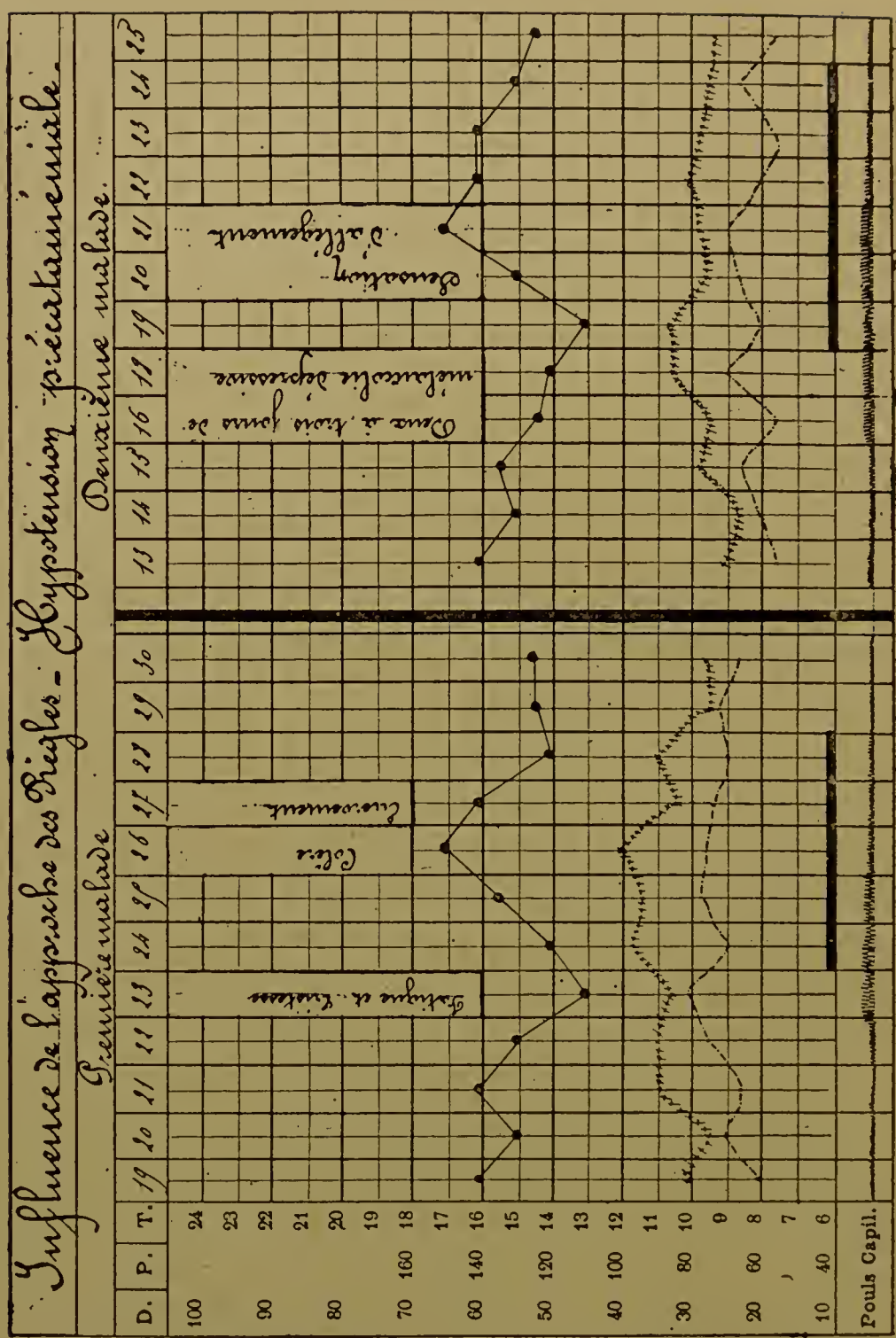

Influence de l'approche des Règles - Hypotension précataméniale.
Première malade
Deuxième malade
D.
P.
T.
Pouls Capil.
Fatigue et tristesse
Colère
Enervement
Deux à trois jours de mélancolie dépressive
Sensation d'allégement

Fig. 18.

Le tracé de la seconde malade est tout à fait comparable au précédent. Les règles sont annoncées par deux ou trois jours de mélancolie dépressive, où la tension artérielle s'abaisse, tandis que croît la force dynamométrique. Les règles venues, le dynamomètre descend un peu, et la pression s'élève, tandis que la malade accuse une sensation de grand bien-être et d'allégement; le pouls capillaire s'est légèrement accentué à l'approche et pendant les premiers jours des menstrues.

On conçoit que de telles perturbations soient de nature à déterminer, dans un système nerveux prédisposé, la survenue d'un accident vertigineux ou convulsif. Si j'en crois mes observations, ce serait surtout au moment où la tension est basse que l'attaque se produirait le plus volontiers. On voit alors la langue devenir particulièrement saburrale; le teint se plombe; l'estomac clapote et l'intestin gargouille; puis la tension s'élève brusquement, et l'attaque éclate. C'est ainsi que celles de mes malades qui présentaient comme dans le graphique 17, de l'hypertension précataméniale, avaient surtout des crises à la fin de leurs règles; et le contraire se produisait chez les malades présentant, comme dans le graphique 18, de l'hypotension prémenstruelle.

C'est là, du moins, ce que je crois bien avoir vu. Mais je suis loin de prétendre que ce soit là une loi sans exception. En tout cas, le fait à peu près constant, c'est l'apparition de l'atonie gastro-

intestinale et des troubles dyspeptiques comme symptômes prémonitoires de l'accès. Presque toutes les femmes, au moment de leurs règles, digèrent moins aisément, ont l'haleine moins fraîche, et il n'est pas rare de voir à leurs lèvres quelques boutons d'herpès, indices de fermentations anormales dans le tube digestif. Chez une simple neurasthénique, cela se traduit seulement par de la fatigue physique et de la dépression mentale ; chez une femme prédisposée au mal comitial, c'est là un excellent prétexte à l'éclat des convulsions.

CHAPITRE V

INFLUENCE DE LA MÉDICATION BROMURÉE SUR LA TENSION ARTÉRIELLE, LA FORCE DYNAMOMÉTRIQUE, L'ÉTAT DU SANG, ET L'ACTIVITÉ DE LA NUTRITION

Les bromures et la nutrition. — Graphiques de l'effet du bromure sur la tension artérielle et l'état des forces. — Autre graphique. — Le Kbr., à la longue, finit par entraver sa propré assimilation. — Effets du Kbr. associé aux injections salines. — Un cas d'ivresse bromique; graphique.

Tous les traités de thérapeutique s'accordent à envisager les bromures comme des sédatifs hyposthénisants, dont l'action, bienfaisante au point de vue de l'atténuation des attaques épileptiques, ne va pas sans une fâcheuse répression de l'activité vitale, ni sans ralentissement de la nutrition. M. Ch. Féré a vu des cas où la médication bromurée avait suffi, à elle seule, pour améliorer l'état général très gravement atteint par l'extrême multiplicité des crises. Mais ce sont là, il s'empresse

de le reconnaître, des faits relativement rares.

Aux doses suffisantes pour enrayer d'intenses paroxysmes, le bromure détermine, en effet, une série de phénomènes qui ne laissent aucun doute à cet égard. Ce sont, d'après tous les observateurs, de l'obnubilation des organes des sens, de l'anesthésie de la muqueuse pharyngée et de la peau, du ralentissement de la respiration et du cœur qui bat plus mollement et d'une manière irrégulière, de la baisse de la tension artérielle avec vasoconstriction périphérique et refroidissement des extrémités, voire même, diminution assez sensible de la température centrale. La force dynamométrique décroît, les sécrétions tendent à se tarir; la bouche est sèche et le sens génital amoindri. Rabuteau a constaté que, la quantité et la qualité des aliments demeurant les mêmes, il y a dans l'urine moins d'urée. Schulze a noté un abaissement du chiffre de l'acide phosphorique éliminé. La parole est traînante, empâtée, difficile, à la fois par défaut de mémoire d'évocation des mots et par articulation paresseuse; on cite quelques cas de véritables aphasies bromiques. L'intelligence est embrumée, l'association des idées languissante, la mémoire paralysée, l'attention indifférente. Le bromure supprime si bien toute activité cérébrale qu'il est, en somme, un de nos meilleurs hypnotiques. On sait, depuis Sokolowski, qu'il détermine l'anémie de la substance cérébrale. Albertoni a démontré que le bromure, donné à doses suffisantes,

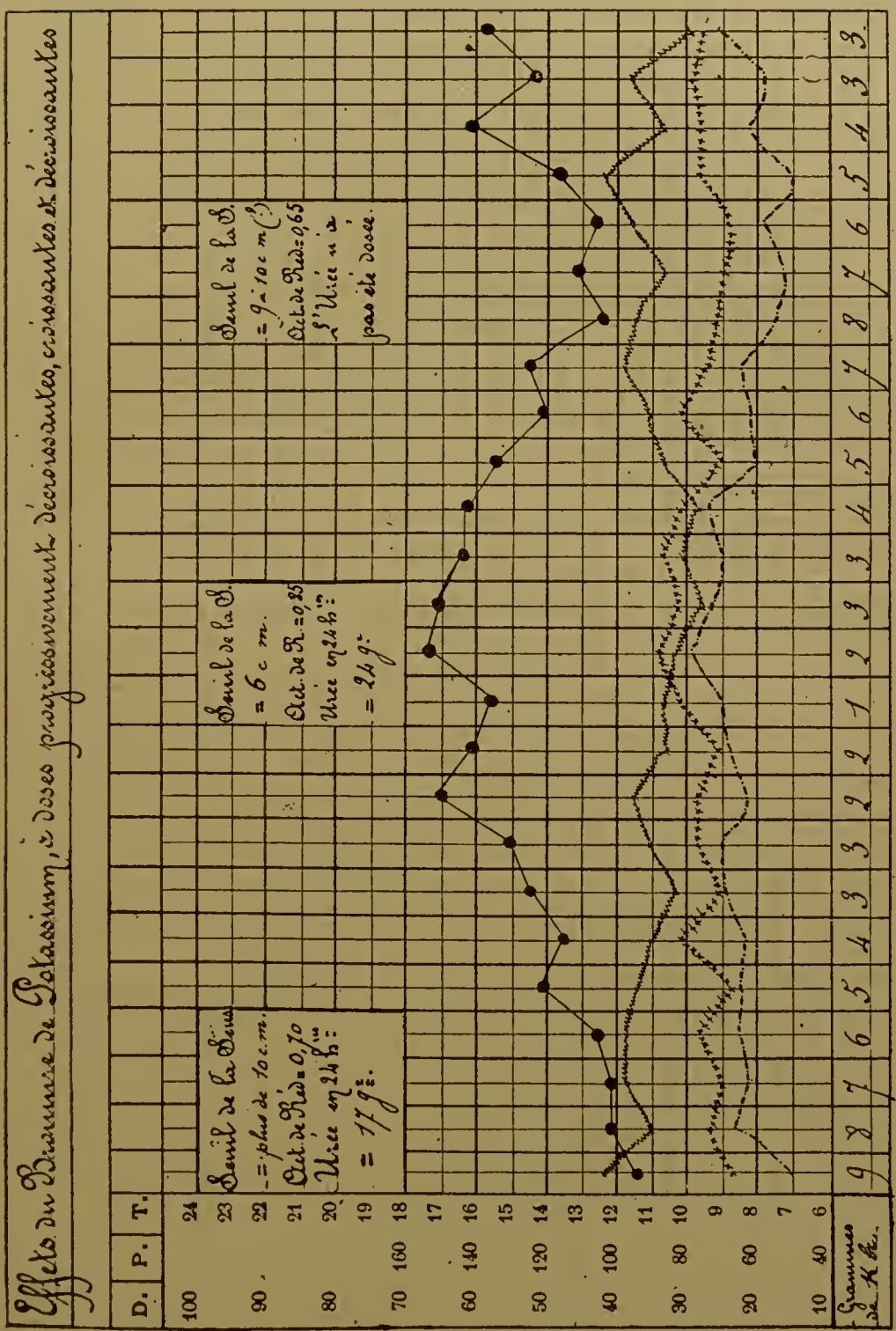

Effets du Bromure de Potassium, à doses progressivement décroissantes, croissantes et décroissantes
D.
P.
T.
Seuil de la Sens
= plus de 10 c.m.
Act. de Réd = 0,70
Urée en 24 h.res
= 17 gr.
Seuil de la S.
= 6 c m.
Act. de R. = 0,85
Urée en 24 h.res
= 24 gr.
Seuil de la S.
= 9 à 10 c m (?)
Act. de Réd = 0,65
L'Urée n'a pas été dosée.
Grammes de K Br.

Fig. 19.

supprime, chez le chien, la possibilité de déterminer l'attaque expérimentale que produit ordinairement la faradisation de la zone dite motrice. Fait particulièrement intéressant, Gubler a vu, et j'ai vu comme lui, le bromure déterminer, de la manière la plus nette, de la mélancolie dépressive avec scrupules et demi-délire des persécutions, chez des paralytiques généraux précédemment atteints de folie des grandeurs.

J'ai recueilli, chez quelques-uns de mes épileptiques, les chiffres juxtaposés (voir les graphiques 19, 20) des doses de bromure progressivement croissantes et décroissantes, du nombre des pulsations, de la force dynamométrique, du seuil de la sensibilité et de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine. Dans le graphique 20, j'ai recueilli les variations du pouls capillaire.

La figure 19 nous montre que, sous l'influence de doses progressivement décroissantes de 9 grammes à 1 gramme, puis croissantes de 1 à 8, et décroissantes de 8 à 3, la courbe de la pression artérielle et de la force dynamométrique s'élève à mesure que décroît la quantité de médicament ingéré, et réciproquement. Quant au nombre des pulsations, il est, dans ce cas en particulier, d'autant plus fort que la tension est plus basse; il s'en faut qu'il en soit ainsi d'une façon constante.

L'effet du Kbr. semble se prolonger à deux ou trois jours de distance, et nous voyons le malade dont la tension est de $18^{cm},5$ alors qu'il prend

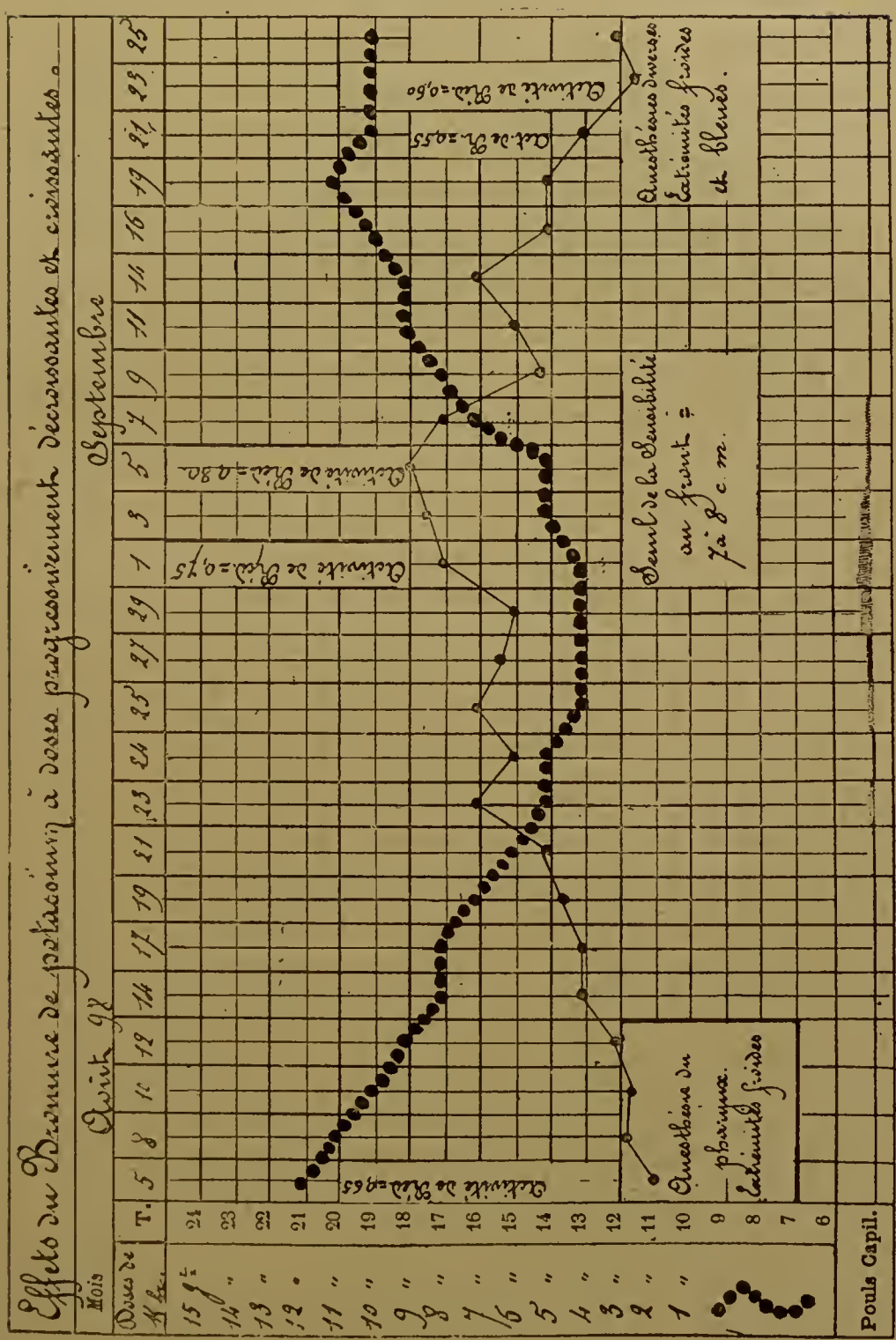

Effets du Bromure de potassium à doses progressivement décroissantes et croissantes
Mois
Août 98
Septembre
Doses de 4 hr.
T.
Activité de Pied = 0,65
Activité de Pied = 0,75
Activité de Pied = 0,80
Activité de Pied = 0,55
Activité de Pied = 0,60
Anesthésie du pharynx. Extrémités froides
Seuil de la Sensibilité au front = 7 à 8 c. m.
Anesthésies diverses Extrémités froides et bleues.
Pouls Capil.

Fig. 20.

8 grammes de bromure, rester à peu près au même niveau le lendemain et le surlendemain, bien qu'il ne prenne que 7 et 6 grammes. C'est simplement le lendemain du jour où il en a pris 5 que son cœur semble s'affranchir et recouvre quelque vigueur. Le seuil de la sensibilité s'élargit avec les fortes doses et se rétrécit avec les petites, l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine est tout à fait en proportion inverse de la dose. Comme Rabuteau, j'ai trouvé beaucoup moins d'urée chez un malade très bromuré que chez le même malade quand il n'absorbe que de petites doses. Dans la figure 20, nous voyons le pouls capillaire apparaître, assez léger d'ailleurs, dans les moments où la tension se hausse par diminution des doses de bromure.

En somme, le bromure agit sur l'intensité vitale et l'activité nutritive comme agit, beaucoup plus promptement, la crise convulsive. Le graphique d'un bromuré rappelle de très près le graphique d'un comitial dans les heures qui suivent l'attaque : c'est la dépression, la torpeur de tous les organes, c'est le cerveau inexcitable, rendu impropre au paroxysme; mais c'est aussi un véritable état de déchéance fonctionnelle, de misère physiologique.

Il arrive un moment où cette misère est assez profonde pour que s'appauvrisse à son tour la fonction d'assimilation et d'élimination, qui sont aussi sous la dépendance de l'activité nerveuse. Non seulement, alors, l'organisme se débarrasse mal de ses toxines, mais encore le bromure lui-même, du fait

de sa propre action sur les centres nerveux, s'élimine insuffisamment, et, du même coup, s'assimile fort mal. C'est, en effet, une loi générale de physiologie thérapeutique que, mieux un organisme élimine un médicament, et plus ce médicament agit avec intensité. Quand le mercure traverse promptement l'organisme d'un syphilitique, il agit beaucoup mieux contre la maladie. C'est que le bienfait d'une drogue, de même que la nocivité d'un microbe ou d'une toxine, ne dépendent pas simplement de l'intensité et de la dose de l'agent thérapeutique ou pathogène, mais aussi, pour une bonne part, de l'état actuel de force ou de faiblesse de l'organisme qui les reçoit. On peut affirmer que, presque toujours, quand cet organisme est à l'état de vitalité haute, il y a, à la fois, forte assimilation et prompte désassimilation du médicament absorbé. Mettez un cardiaque au régime lacté, et vous verrez, du jour au lendemain, la caféine, qui n'agissait sur lui que faiblement, devenir beaucoup plus active, au point qu'il vous en faut souvent diminuer la dose.

J'ai vu des épileptiques qui, tout d'abord, éliminaient par l'urine une grande partie du bromure ingéré, en éliminer de moins en moins à mesure qu'on en augmentait les doses; et pourtant ces malades avaient, dans ce temps-là, des rechutes d'attaques, certainement parce que le Kbr. dont on les saturait s'absorbait imparfaitement dans l'intimité des tissus.

Mais si, à ce moment, on fait intervenir un agent

mécanique de stimulation nerveuse, modérément et méthodiquement employé, on voit, à mesure que se relèvent la force physique et la vigueur intellectuelle du patient, le bromure redoubler d'activité, et du même coup s'éliminer beaucoup plus promptement.

C'est là un fait que n'ont pas méconnu certains neurologistes. Dans leur *Essai sur la Pathogénie et le Traitement de l'Épilepsie*, MM. Marinesco et Sérieux[1] s'expriment en ces termes : « L'hydrothérapie nous paraît devoir être toujours associée au traitement bromuré : les douches froides augmentent en effet la rapidité d'absorption du bromure, en même temps qu'elles exercent sur l'organisme tout entier une action favorable. Nous avons remarqué que l'association des douches au traitement bromuré produisait une amélioration qui disparaissait par la cessation de l'hydrothérapie ; ces résultats favorables sont obtenus, soit par l'intermédiaire des nerfs sensitifs, soit par celui des nerfs vasomoteurs périphériques. »

Ce que ces deux observateurs ont très justement constaté avec la douche froide, je l'ai constaté à mon tour avec tous les moyens de stimulation mécanique du système nerveux central : bains salés, frictions à la peau, étincelles de la machine statique, massages, inhalations d'oxygène, etc. Mes recherches ont surtout porté sur l'association du bromure et des injections hypodermiques de solutions salines à petites doses. Elles me paraissent

1. F. Hayez, Bruxelles, 1895.

mériter d'être rapportées avec quelques détails : nous en ferons l'objet du chapitre suivant.

En terminant celui-ci, je voudrais dire quelques mots de l'ivresse bromique, si bien observée par M. Féré, et si bien décrite dans les pages qu'il a consacrées au bromisme.

J'ai eu l'occasion d'en observer un cas assez curieux.

Observation VII (*Personnelle*).

C'est celui d'un enfant de dix ans, François R..., qui avait en moyenne une douzaine d'attaques par semaine. Je lui donnai 4 grammes de bromure par jour, en priant sa grand'mère de me l'amener quotidiennement. Sous l'influence manifeste du médicament, François R..., qui était déjà fort irritable, fut pris d'une exaltation véritablement extraordinaire. Naguère il se montrait grossier et querelleur vis-à-vis des garçons bouchers employés chez son père; mais maintenant, il les invectivait avec une fureur tout à fait folle, s'emparant, sous les plus futiles prétextes, de couteaux dont il les menaçait et qu'il fallait lui arracher des mains. Moins violentes qu'auparavant, ses crises convulsives étaient cependant plus nombreuses; il en avait jusqu'à trois et quatre par jour. Dans l'intervalle, il s'en allait, roulant et titubant sur ses jambes, la

face rouge, la langue épaisse, la lèvre pendante avec de la salive s'écoulant par les commissures, la paupière lourde, qui ne se relevait que pour montrer des yeux féroces. Tous les jours, en venant chez moi, l'enfant cherchait querelle à sa grand'mère, et quelquefois levait la main sur elle. Plus intimidé devant moi, il restait sans mot dire, dans une attitude de farouche hébétude. Si je le forçais à parler, il bredouillait, d'une langue empâtée d'ivrogne, des mots malaisément intelligibles. Pendant neuf jours je l'observai, notant sa tension artérielle et sa force dynamométrique. L'une et l'autre étaient basses. La pression atteignit 12 1/2 le jour où il eut quatre attaques, les autres jours elle oscilla entre 10 et 11 c. de Hg. (voir le graphique n° 21). J'essayai d'augmenter la dose. Mais, contrairement à ce que j'attendais, l'ivresse s'accentua encore, coupée de moments de torpeur et de somnolence presque inquiétants. Je cessai toute médication, et je donnai à François R... des injections quotidiennes de 3 à 10 c. c. de sérum de Chéron. Ce faisant, je comptais simplement relever l'état général et favoriser l'élimination du médicament. Je fus surpris de constater une raréfaction extrême des attaques avec amélioration très marquée de l'état mental.

Pendant les huit jours précédents il avait eu dix-huit crises avec perte de connaissance, sans compter les accès de fureur ; durant les huit jours qui suivirent, il n'en eut que six, et trois seulement la semaine d'après ; puis François R... cessa de

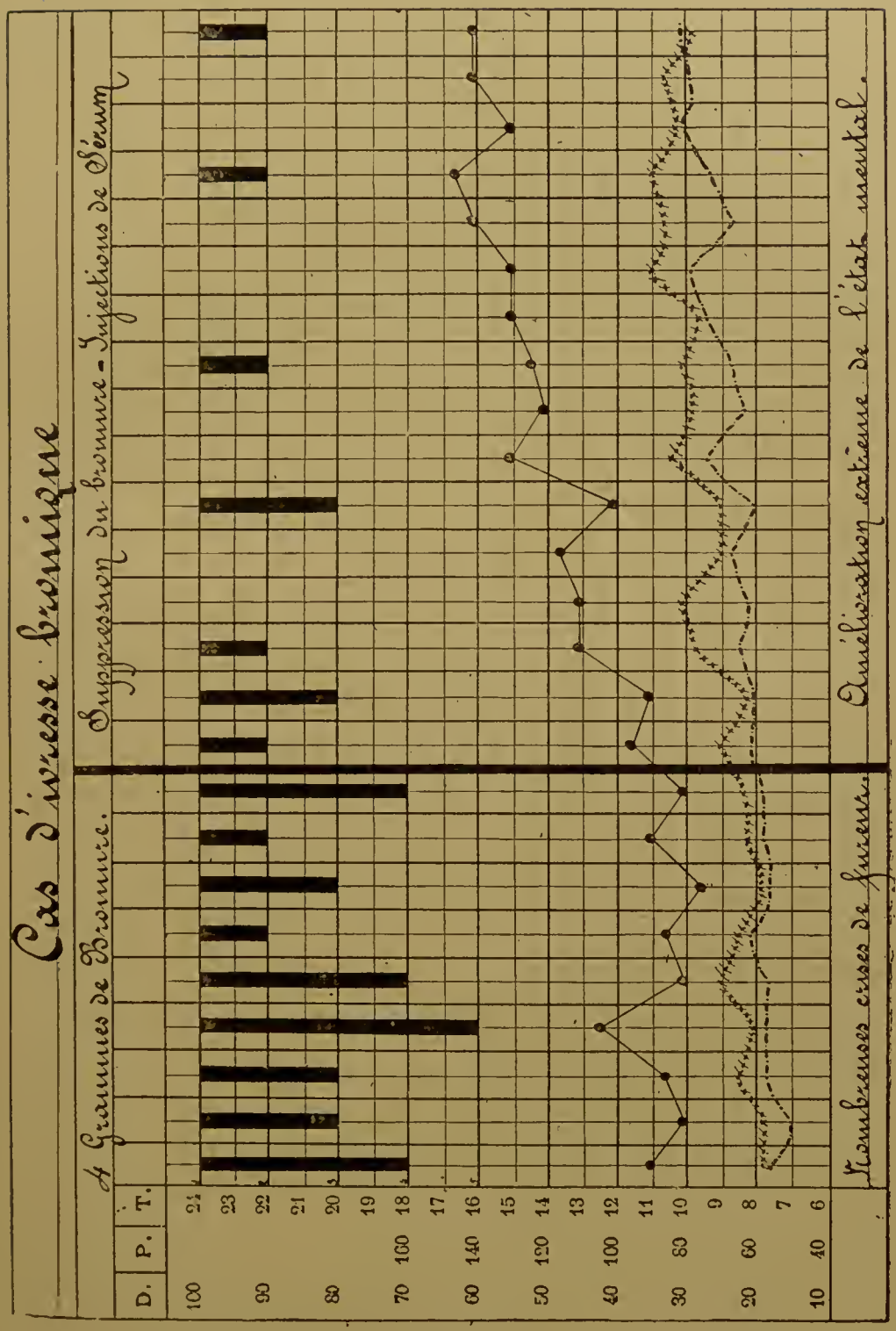

Cas d'ivresse bromique
4 Grammes de Bromure.
Suppression du bromure - Injections de Sérum
D.
P.
T.
Nombreuses crises de fureur.
Amélioration extrême de l'état mental.

Fig. 21.

venir me voir, et je n'eus plus jamais de ses nouvelles.

Le graphique de la période sans bromure est intéressant à comparer avec le graphique de la période d'ivresse. Depuis qu'on n'a plus donné au malade que des injections de sérum, sa tension artérielle s'est élevée d'une façon presque régulière de 10 à 16 centimètres de Hg. Ses forces se sont émancipées de même de 20 à 30 ou 32 kilogrammes.

Tout cela est, si l'on y pense, fort difficile à interpréter ; faut-il admettre que le bromure ait pu griser le cerveau et l'exalter sous forme de colères ou de crises, tout en maintenant basses la tension artérielle et la force dynamométrique, lesquelles, avant le traitement, oscillaient à peu près entre les mêmes chiffres (10 cent. de Hg. et 20 kilogr.)? C'est tout à fait contraire à nos observations antérieures, qui nous montrent à peu près constamment des élévations parallèles de la tension artérielle et de l'excitation cérébrale.

Je me borne à donner ce graphique pour ce qu'il vaut, en laissant à chacun le soin de l'interpréter à sa guise. Je ne le tiens que pour un document curieux, mais isolé, et par conséquent peu instructif.

CHAPITRE VI

EFFETS DES INJECTIONS HYPODERMIQUES DE SOLUTIONS SALINES A PETITES DOSES, ASSOCIÉES OU NON A LA MÉDICATION BROMURÉE

Effets des injections salines : observations et graphiques. — Raréfaction des attaques, du seul fait des transfusions de sérum. — Accroissement du mode d'action du bromure : il faut diminuer les doses de Kbr. jusqu'alors indispensables. — Mode d'action des injections salines. — Le traitement métatrophique de MM. Charles Richet et Édouard Toulouse ; discussion.

Nous venons de voir que toutes les stimulations mécaniques du système nerveux par irritation méthodique d'une de nos périphéries sensitives et, plus particulièrement, que les injections hypodermiques de sérum artificiel augmentent, dans de notables proportions, l'action thérapeutique des bromures. C'est un fait qui mérite d'être examiné de plus près.

Certaines de nos observations sont instructives à cet égard.

Voici, par exemple (obs. n° VIII), celle de Noé-

mie G..., âgée de dix-sept ans, que j'ai suivie pendant les premiers mois de l'année 1896. Elle était épileptique (attaques convulsives fréquentes mais brèves et de peu d'intensité) depuis l'âge de 9 ans. A deux ou trois reprises on lui avait donné du bromure, mais avec si peu de succès que, depuis plus de dix-huit mois, elle avait abandonné tout traitement, et elle vivait, ayant de deux à six crises par semaine, pas trop gênée pourtant, ses accès éclatant invariablement dans la première partie de la matinée, ce qui lui permettait de sortir impunément tout le reste du jour.

Pendant les mois d'octobre, de novembre, de décembre 1895, les deux premières semaines de janvier 1896, elle a relevé sur le petit livre où, depuis longtemps, elle note ses crises, le chiffre d'attaques reporté sur le graphique ci-après : soit trente-huit accès convulsifs dans les neuf dernières semaines.

Un hasard fit qu'elle vint me consulter vers le 10 ou 12 janvier; le bromure n'ayant pas agi chez elle, j'entrepris de lui faire des injections de sérum artificiel (trois par semaine, à doses variant de 3 à 10 cent. cubes) ; pendant les neuf semaines qui suivirent Noémie G... n'eut pas d'autre traitement que ces petites transfusions sous-cutanées. Or dans le même espace de temps où elle avait eu, précédemment, trente-huit attaques, elle n'en eut que vingt, cependant que son état général s'améliorait manifestement, comme en témoignent le tracé de sa

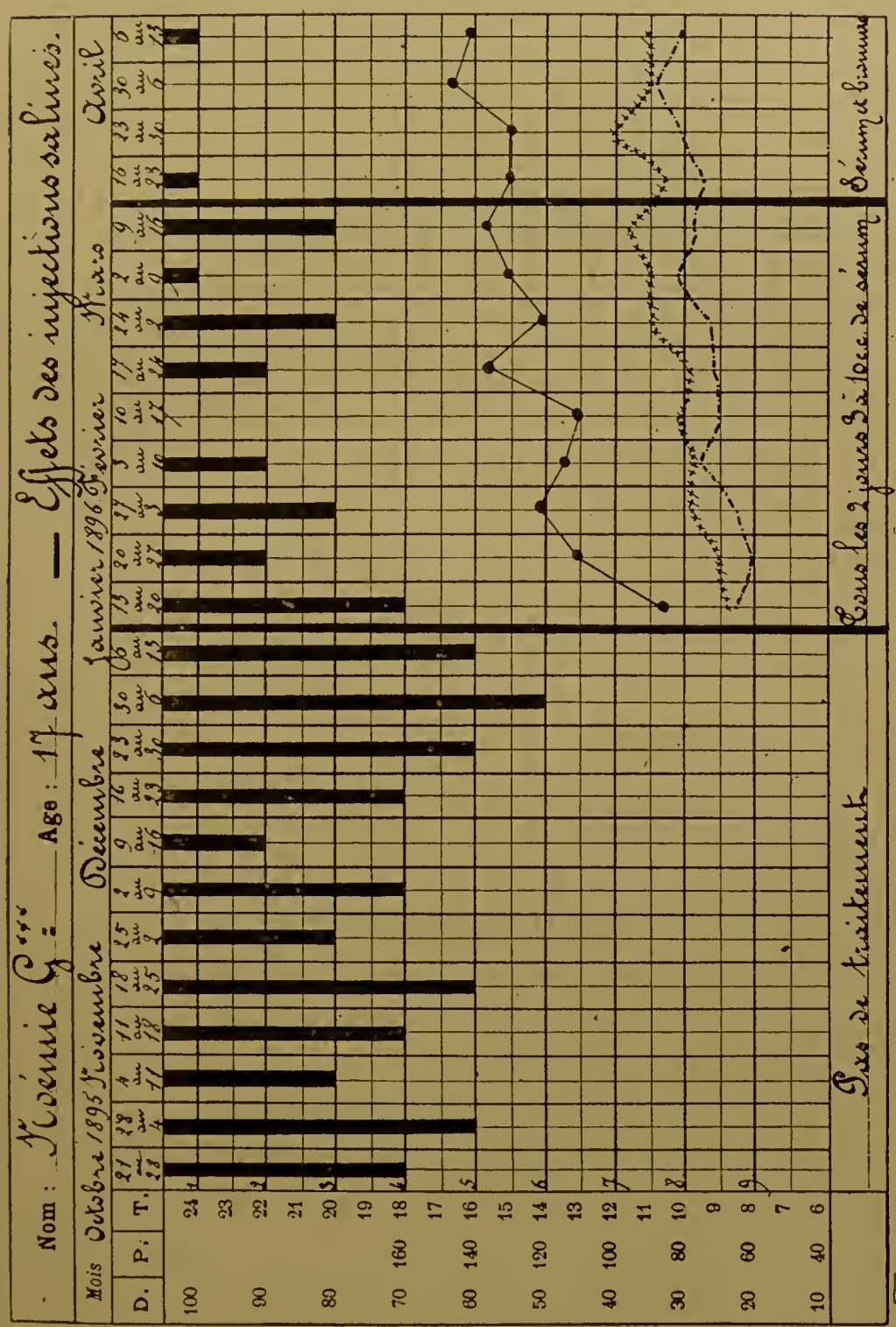

Nom : Noémie G***
Age : 17 ans.
Effets des injections salines.
Mois
Octobre 1895
Novembre
Décembre
Janvier 1896
Février
Mars
Avril
D.
P.
T.
Pas de traitement
Tous les 2 jours 3 à 10 c.c. de sérum
Sérum et bromure

Fig. 22.

tension artérielle et celui de sa force dynamométrique. (Les chiffres portés sur le graphique représentent les moyennes de chaque semaine.)

Vers le milieu de mars, Noémie G... ayant encore deux à trois petits paroxysmes par semaine, je me décidai à la mettre au bromure qui, cette fois, sur un terrain mieux préparé, eut pour effet de raréfier extrêmement les accidents (un toutes les trois semaines environ).

Ainsi donc, chez une malade profondément anémiée et déprimée, l'injection de sérum, du seul fait de l'accélération de la nutrition et du relèvement des activités vitales, a manifestement augmenté la résistance du cerveau à la cause épileptogène. Résultat, certes, fort incomplet, mais assez net pour être retenu.

J'ai recueilli d'ailleurs quelques faits similaires : celui du petit Louis G..., âgé de 7 ans, qui, sous la seule influence des injections salines, vit plusieurs de ses attaques (il en avait en moyenne une tous les cinq ou six jours) se changer en simples absences, les crises convulsives se raréfiant à une tous les douze ou quinze jours.

Un jeune homme de 29 ans, Jérôme H..., avait une légère convulsion ou une forte absence deux ou trois fois par mois. Sous l'influence des petites transfusions d'eau salée, sans autre médication, il se produisit ceci d'assez particulier, que ses accès, sans se raréfier d'une façon sensible, s'atténuèrent manifestement : les convulsions ne furent plus que

des absences, et les absences que des vertiges tout à fait fugaces et bénins.

Chez ces trois comitiaux, l'atténuation des symptômes coïncida d'une façon constante avec l'amélioration évidente de l'état général et de l'état intellectuel.

Dans le chapitre précédent nous avons relaté le cas du jeune Francois R... (voir graphique n° 21), qui, fortement enivré par le bromure sans bien grand bénéfice pour ses attaques de haut mal, se trouva beaucoup mieux du chlorure de sodium en injections sous-cutanées.

Voici maintenant une observation relative à l'emploi simultané des bromures et du sérum.

Observation XI (*Personnelle*).

Le petit Louis M..., âgé de 6 ans et demi, est soigné pour tuberculose ganglionnaire. Son père est buveur; sa mère est morte de la poitrine. Depuis l'âge de 4 ans et demi il a des crises convulsives qui, du reste, paraissent dériver plutôt de l'alcoolisme paternel que de la tuberculose de sa mère. Rares d'abord, ses attaques ont augmenté en nombre et en intensité pendant douze ou quatorze mois; depuis un an, elles restent stationnaires à deux ou trois par semaine. L'enfant, à ce que dit sa tante qui l'accompagne, est de caractère à

la fois humble et méchant, sournois et vindicatif.

Du 26 janvier au 2 avril 1894, on traite sa tuberculose avec de l'huile de foie de morue associée au quinquina, et on lui donne, pour ses attaques, 3 grammes par jour de bromure. Au lieu de deux ou trois crises par semaine, il n'a, pendant sept semaines (du 12 février au 2 avril), que trois attaques et trois absences. A partir du 2 avril, je ne lui donne que 1 gramme de bromure et je lui fais, deux fois par semaine, une injection de 5 à 8 centimètres cubes du sérum de Chéron (formule atténuée). Et pendant les six semaines suivantes, Louis M... n'a que deux absences. Sa tension artérielle, notée avec soin deux fois par semaine, oscillait autrefois entre 7 et 10 centimètres de Hg. En avril et en mai, elle est montée à 13 ou 14 centimètres et s'y est maintenue. En même temps, son état d'esprit et son caractère se sont incontestablement améliorés.

J'ai vu ainsi, à maintes reprises, le sérum artificiel rendre suffisante une dose de bromure jusqu'à ce jour très inférieure à sa tâche. J'ai vu aussi le stimulant hypodermique provoquer les phénomènes du bromisme le plus intense à des doses, jusque-là fort bien tolérées, de 5 et 6 grammes de bromure. Je considère comme un fait tout à fait acquis cet accroissement d'efficacité de la médication bromurée quand on lui adjoint l'injection saline à petites doses ; en règle générale, la quantité suffisante pour enrayer les convulsions est de la moitié,

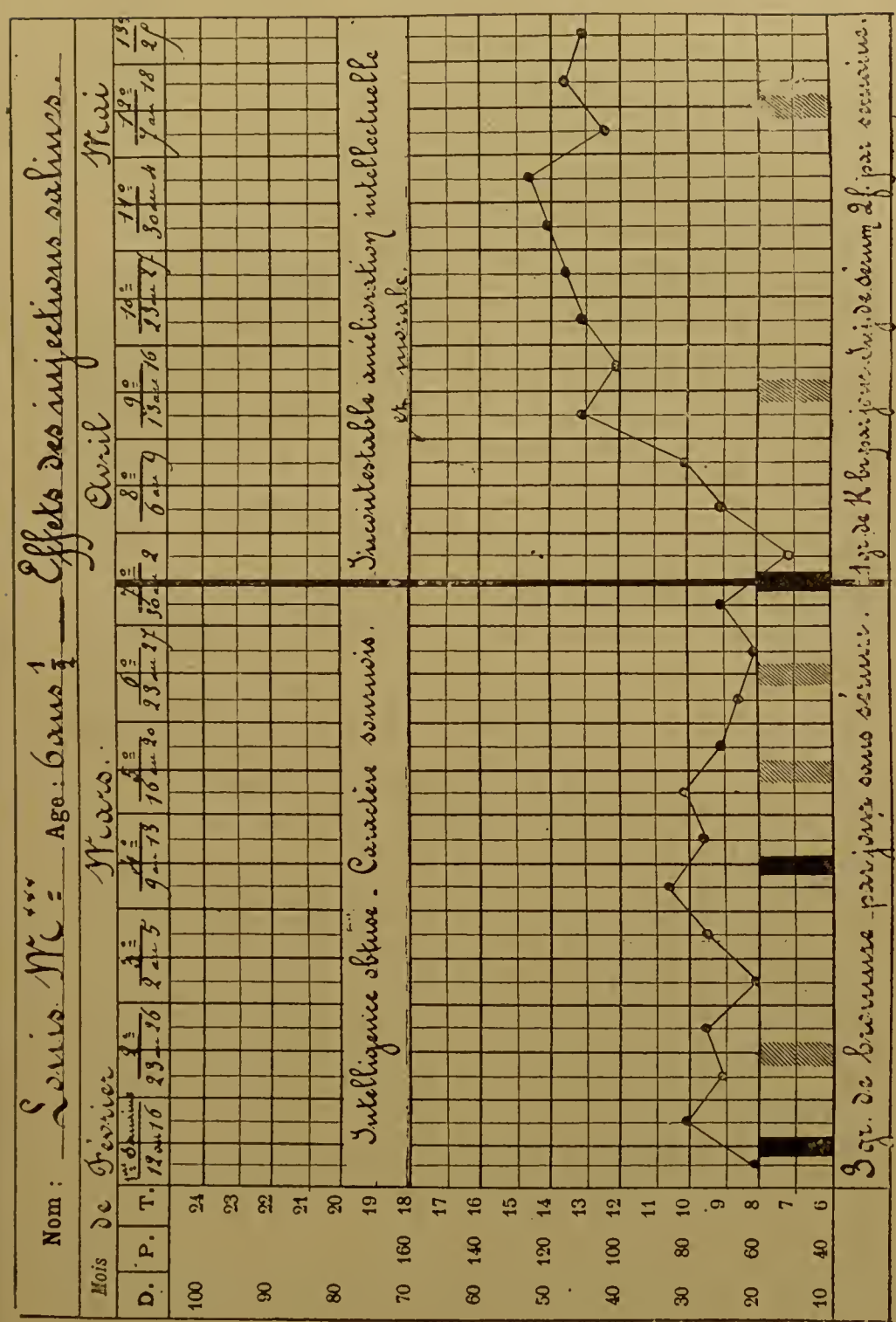

Nom : Louis M***
Age : 6 ans 1/2
Effets des injections salines.
Mois de Février
Mars.
Avril
Mai
D.
P.
T.
Intelligence obtuse. Caractère sournois.
Incontestable amélioration intellectuelle et morale.
3 gr. de bromure par jour sans sérum.
1 gr. de K br. par jour. Inj. de sérum 2 f. par semaine.

Fig. 23.

du tiers ou même du quart de ce qu'elle était antérieurement.

Je m'empresse d'ailleurs de reconnaître que l'injection de sérum artificiel n'est point seule à donner de pareils résultats; l'eau distillée additionnée de glycérine, le suc orchitique, la substance nerveuse, un moment préconisée par MM. Babes et Bacoucéa, vingt autres liquides employés par la voie hypodermique, ont des effets très comparables; de même les stimulations de la muqueuse respiratoire par l'ozone ou par l'oxygène, celles des nerfs de la peau par la douche, le massage ou l'étincelle de la machine statique, que j'emploie fréquemment.

Observation X (*Personnelle*).

Le jeune Jacques F..., 12 ans (mère hystérique, père syphilitique), a, depuis l'âge de 3 ans, deux ou trois attaques par mois. Ces attaques, assez bénignes, ont une période convulsive de deux ou trois minutes et un stertor d'égale durée; il a pris longtemps du bromure, qu'on a cessé de lui donner parce qu'il n'en tirait pas grand bien.

En juin 1897, il vient en passant me consulter, et je lui prescris 3 grammes, par jour, de bromure associé à de l'*Adonis vernalis*, suivant la méthode de Betchereff. Résultat : une attaque par mois en

moyenne au lieu de deux ou trois. A la fin de septembre je le revois, et cette fois je lui conseille, en outre du traitement précédent, des frictions sèches quotidiennes au gant de crin et, trois fois par semaine, un bain salé; on commence par 500 gr. et on va progressivement jusqu'à 3 kilogr. de sel gris pour un bain.

Au bout de cinq à six semaines, les 3 grammes de bromure deviennent impossibles à tolérer, Jacques F... ayant des phénomènes de bromisme; il faut descendre à 2, puis à 1 gramme de bromure par jour. J'ai eu de ses nouvelles au mois de juillet 1899 : il n'avait pas eu une seule crise depuis la fin de septembre 1897, et son intelligence, assez obtuse, s'était incontestablement aiguisée. Ici l'amélioration de la nutrition doit être attribuée aux frictions stimulantes et aux bains salés.

En somme, le sérum artificiel n'agit pas d'autre sorte que la douche, l'étincelle statique, le bain de lumière, le grand air sur les hauts plateaux, l'ozone ou l'oxygène. C'est simplement le moyen le plus actif, le plus commode et le plus facile que nous ayons actuellement à notre disposition. Il y a quelques années, Golgi proposait de faire la transfusion du sang aux épileptiques anémiés et ralentis de la nutrition. La transfusion répétée de sérum artificiel concentré, à petites doses, atteint précisément le but qu'il se proposait.

En effet, si nous voulons rechercher comment agissent, chez les comitiaux, les injections sous-

cutanées de solutions salines, il nous faudra tout d'abord constater que leur rôle, en thérapeutique générale, est le relèvement de l'organisme déprimé, la lutte contre la misère physiologique.

Si l'on en croit M. J. Chéron[1] qui les a très soigneusement étudiées dans un volume de 500 pages, au double point de vue physiologique et thérapeutique, elles ont pour effet, quand elles sont judicieusement employées, de relever la pression artérielle, de rétrécir le seuil de la sensibilité, d'exalter la force musculaire, d'augmenter en quelques instants le nombre des globules rouges constaté à l'hématimètre (par resserrement de l'arbre artériel, chasse d'eau dans les tissus périvasculaires et concentration du sang), d'accroître la quantité d'hémoglobine, d'activer la réduction du sang rouge en sang noir, de réveiller de leur sommeil les sécrétions glandulaires et notamment celles du suc gastrique, si bien que les malades sont souvent pris de boulimie. A doses modérées, elles agissent encore heureusement sur l'activité intellectuelle, sur la mémoire et jusque sur le caractère qui devient moins sombre et retrouve un peu d'optimisme. Tout cela coïncide avec la combustion plus complète des ingesta, l'accélération de la nutrition, plus d'urée, moins d'acide urique.

Mais, dira-t-on, alors que le bromure donne des courbes parallèles à la courbe post-convulsive, ce

1. J. Chéron, *Introduction à l'Étude des Lois générales de l'Hypodermie*. Soc. d'Édit. scientif., Paris, 1893.

qui prouve qu'il place le cerveau au cran de repos, le sérum, par le fait même qu'il exalte toutes les activités vitales, donne une courbe superposable à la dose d'avant l'attaque; et puisque c'est un stimulant du système nerveux, ne risque-t-il pas de le mettre en état d'excitation, et de favoriser ainsi l'éclosion des paroxysmes? Cette objection serait juste s'il s'agissait de stimulations violentes provoquant une ascension brusque de la courbe. Un jour, un de mes jeunes confrères, à qui j'avais conseillé d'employer, dans un cas de haut mal, les injections de solutions salines, en fit une très abondante, et de sérum très concentré, à son malade encore prostré par l'attaque : le résultat de cette médication intempestive fut la réapparition presque immédiate d'une seconde attaque convulsive.

Mais ce n'est pas ainsi que la méthode est bonne; les injections de sérum artificiel rendent, chez les comitiaux, les plus incontestables services, à la double condition qu'il s'agisse de sujets à vitalité basse, et que les doses soient proportionnées au peu de résistance de ces mauvais cerveaux[1].

1. Il est, en outre, fort utile de pousser l'injection à une vitesse très régulière et très modérée. On sait, en effet, que de la rapidité avec laquelle une transfusion hypodermique est poussée dans le tissu cellulaire sous-cutané, peut dépendre l'effet produit. Les expérimentateurs qui recherchent le degré de toxicité d'une urine, ne peuvent pas se dispenser de tenir compte de ce facteur très important. C'est ainsi que j'ai vu, chez le même sujet, une même dose de sérum artificiel procurer tantôt de l'exubérance et tantôt l'envie de dormir, selon qu'elle avait été poussée modérément ou brusquement.

Je fais souvent, pour commencer, de petites piqûres de 2 et 3 centimètres cubes de la solution suivante (formule atténuée de Chéron) :

Phosphate de soude.	
Sulfate de soude	
Chlorure de sodium	ââ 1 gramme.
Acide phénique neigeux.	
Eau stérilisée	100 —

et j'augmente progressivement, à mesure que le malade devient plus résistant, jusqu'à 6, 8 ou 10 grammes.

Dans l'immense majorité des cas, l'effet produit ne se borne pas à l'accélération de l'absorption et de la désassimilation du bromure, et à la raréfaction des paroxysmes. On voit en même temps l'état général s'améliorer manifestement; l'appétit croît, les malades engraissent et leur teint s'éclaircit; l'urine, plus abondante, élimine mieux les déchets de la nutrition; l'esprit s'avive, et le caractère, habituellement sournois, sombre et vindicatif, devient en même temps moins malheureux et moins méchant. Encore une fois, c'est seulement aux épileptiques à vitalité basse que s'applique légitimement ce procédé thérapeutique. Mais n'avons-nous pas vu, dans la première partie de ce travail, que les comitiaux à tension artérielle faible, à urée rare, à seuil de la sensibilité large, à force dynamométrique médiocre, à lente réduction de l'oxyhémoglobine, sont de beaucoup les plus nombreux?...

Voici comment s'expriment, à ce propos,

MM. A. Claus et van der Stricht[1] : « Hamburgin a insisté avec beaucoup de raison sur l'état constitutionnel des épileptiques, faibles et anémiés pour la plupart. L'anémie est donc une cause prédisposante. Les produits microbiens, les produits de transformations chimiques incessantes de l'organisme (cause efficiente des attaques) trouvent leur maximum d'intensité comme excitants quand ils s'adressent à une cellule nerveuse mal nourrie, anémiée, et par le fait même essentiellement irritable. »

Les transfusions hypodermiques, en tonifiant l'organisme, en rehaussant la vitalité, en combattant l'anémie, en améliorant la nutrition, rendent la cellule nerveuse plus résistante et par conséquent moins irritable. C'est pour cela que la médication tonique doit nécessairement faire partie d'un traitement rationnel du mal sacré.

Il suffit de se reporter à nos graphiques n°s 3, 4, 5 et 6 pour se rendre compte de l'effet habituel de ces injections méthodiquement pratiquées.

Avant de terminer le chapitre qui les concerne, je voudrais dire un mot de la communication récemment faite à l'Académie des Sciences par MM. Charles Richet et Édouard Toulouse[2]. Le procédé qu'ils ont

1. Claus et Van der Stricht, *Pathogénie et Traitement de l'Épilepsie*, p. 88.

2. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 20 et 27 novembre 1899.

fort ingénieusement imaginé consiste dans la suppression presque complète de tous les aliments contenant du chlorure de sodium; ainsi sevrées de sels de soude, les cellules de l'organisme se jettent avec avidité sur le bromure de sodium donné aux malades comme médicament anti-comitial; et, dans ces conditions, il suffit de 2 grammes par jour de ce bromure pour supprimer tous phénomènes convulsifs.

C'est là une trouvaille d'un incontestable intérêt, et je suis loin de mettre en doute les résultats heureux du nouveau traitement; mais peut-être l'interprétation du mécanisme invoquée par les deux éminents collaborateurs pourra-t-elle être discutée. Cette raréfaction des attaques et cette atténuation de leur intensité, que MM. Charles Richet et Édouard Toulouse obtiennent par l'extrême réduction du chlorure de sodium ingéré, je les obtiens, moi, et toutes pareilles, en ajoutant à l'organisme, en injections sous-cutanées, non seulement du chlorure de sodium, mais encore deux autres sels de soude, le sulfate et le phosphate. Notez encore que j'ai coutume de recommander à mes comitiaux des mets peu épicés et peu poivrés, mais assez fortement salés.

Peut-être peut-on proposer, aux bons effets du traitement de MM. Richet et Toulouse, une autre interprétation.

Pour diminuer le chlorure de sodium ingéré, ils mettent leurs malades à un régime ainsi constitué :

1 litre de lait; 300 grammes de viande de bœuf; 300 grammes de pommes de terre; 200 grammes de farine; deux œufs; 100 grammes de café; 50 grammes de sucre; 40 grammes de beurre. « Cette ration, disent-ils, équivaut à 2700 calories et 20 grammes d'azote; la quantité de chlorure de sodium n'est que de 2 grammes dans ces aliments naturels. » Je n'en disconviens pas. Mais ce dont les auteurs ne semblent pas tenir un compte suffisant, c'est que du fait seul de ce régime, qui ne comprend qu'une alimentation légère et remplace le vin par le lait, ils diminuent considérablement la production des poisons alimentaires, tout en augmentant leur élimination par la diurèse.

Or, c'est là un des point les plus importants d'un traitement rationnel du mal sacré. Nous avons déjà vu (graphiques 2, 7 et 8) l'heureuse influence de la suppression de l'alcool et de l'alimentation lactée sur la tension artérielle et la force dynamométrique. Nous allons revenir avec plus de détails sur cette question dans les chapitres qui vont suivre.

CHAPITRE VII

UNE OBSERVATION DE PETIT MAL PAR PETIT BRIGHTISME

Attaques de petit mal sur lesquelles la médication bromurée n'a pas de prise. — Le malade accuse quelques symptômes de petit brightisme. — Régime lacté; raréfaction considérable du nombre des attaques. — Graphique. — Conclusion.

Au commencement de l'année 1899, j'ai eu la bonne fortune d'observer d'une façon suivie un cas de petit mal épileptique, lié à l'intoxication brightique et disparaissant avec elle. Le graphique ci-après montre avec une grande netteté l'évolution de la maladie, le nombre des accès en comparaison avec l'état des forces au dynamomètre, le nombre des pulsations, la tension artérielle, la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures, et la dose d'albumine. Voici, d'ailleurs, l'observation, qui vaut d'être rapportée tout entière.

Observation IV (*Personnelle*).

François V..., commis de banque, 51 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose; la mère a dû être hystérique.

Antécédents personnels. — Avant l'âge de 50 ans, le malade ne paraît avoir eu aucun accident nerveux. Sans doute il se montrait volontiers impatient, mais il n'avait pas de grandes colères, ni d'autres troubles mentaux dont sa femme ait gardé le souvenir.

D'après lui, il n'est malade que depuis la fin de 1898. Mais, quand on fouille son passé, on apprend que depuis cinq ou six ans il était devenu singulièrement frileux; parfois, en hiver, il lui arrivait d'avoir le phénomène dit du doigt mort; il ressentait aussi des fourmillements dans les membres, surtout dans les membres supérieurs, et de fréquentes démangeaisons à la peau. Il avait toujours eu bon appétit, et voilà qu'à présent il devenait presque glouton; il mangeait beaucoup, buvait sec pour se soutenir, car, en même temps, il sentait ses jambes devenir molles et pesantes. D'autre part, ses idées semblaient plus confuses, et il les exprimait moins bien, comme si sa langue s'était empâtée. Il n'avait pourtant nulle part de paralysie localisée.

En novembre 1898 (le 18), sa femme remarqua

que le matin, au premier déjeuner, il cessait tout à coup la phrase commencée, que sa figure pâlissait, tandis que ses traits demeuraient immobiles et que ses yeux, convulsés en haut, ne laissaient apercevoir que le blanc de la sclérotique ; en même temps, ses deux mains se tendaient en avant d'un geste lent, les poings fermés. Cela dura au moins une minute, dit sa femme, puis ses bras retombèrent, il passa sa main sur son front comme s'il venait de dormir ; son teint se colora de nouveau, et il se remit à parler comme devant.

Ce fut là sa première attaque proprement dite ; mais en réalité, depuis un ou deux mois déjà, François V... avait de temps à autre de petits symptômes singuliers, auxquels sa femme n'attachait point d'importance. C'est ainsi qu'il lui arrivait assez fréquemment de s'arrêter brusquement au milieu d'une phrase en pâlissant, de bredouiller quelques syllabes inintelligibles, de clignoter des yeux pendant une seconde, puis de reprendre le cours de la conversation. Mais on jugeait cela plutôt étrange que maladif. Le 18 novembre, pour la première fois, sa femme comprit qu'il s'agissait là d'un état pathologique. Comme cette crise se reproduisait tous les huit ou dix jours, elle consulta un premier médecin qui ne formula point de diagnostic, et conseilla uniquement de lui faire respirer de l'éther. En décembre, les attaques devinrent plus fréquentes, sans que chacune d'elles prît un caractère plus grave : c'est à peine si, une fois ou deux,

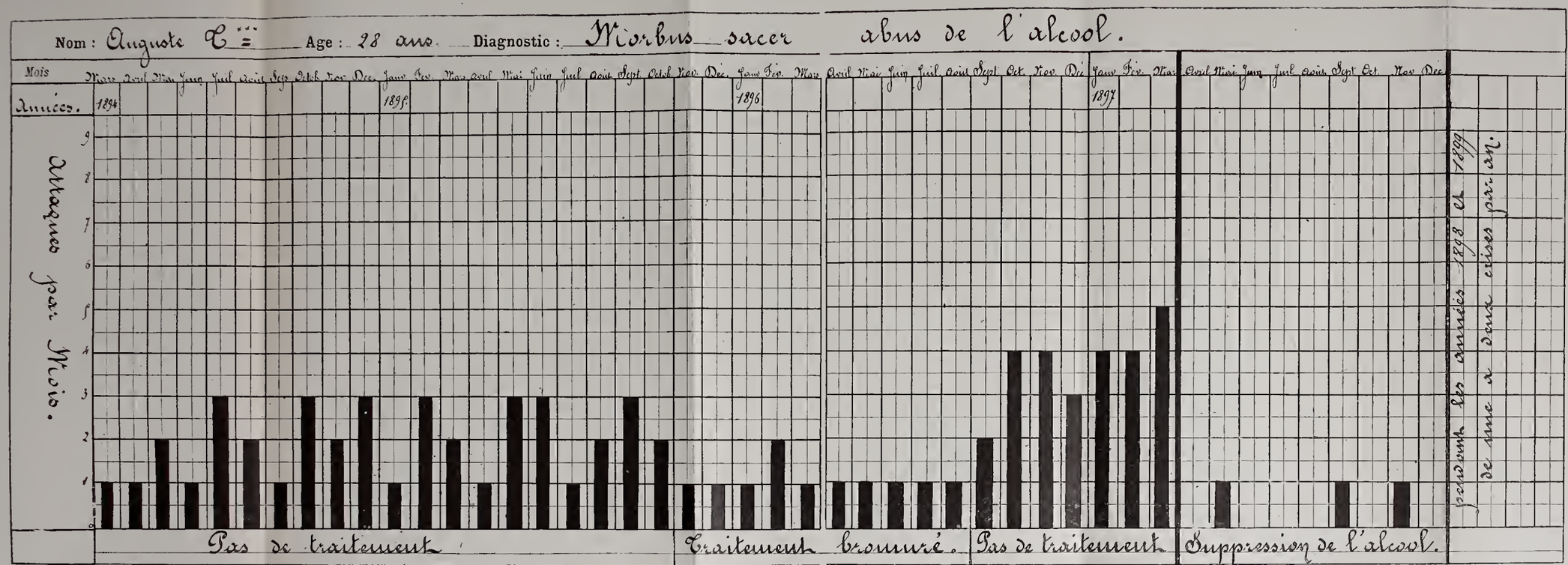

Nom : Auguste C...
Age : 28 ans
Diagnostic : Morbus sacer abus de l'alcool.
Mois
Années.
1894
1895
1896
1897
Attaques par Mois.
Pas de traitement
Traitement bromuré.
Pas de traitement
Suppression de l'alcool.
pendant les années 1898 et 1899
de une à deux crises par an.

Fig. 27.

le malade a eu quelques secousses dans les bras ; sa femme affirme qu'il ne lui est pas arrivé une seule fois de tomber. Elle a pris note de toutes les crises auxquelles elle a assisté et de celles que lui signalaient régulièrement les camarades de bureau de son mari. En voici la nomenclature.

Décembre 1898. — Le 10, une crise. Le 13, une crise. Le 15, deux crises. Le 17, une crise. Le 18, une crise. Le 19, deux crises. Ce jour-là, Mme V... conduit son mari chez un médecin, qui diagnostique le petit mal épileptique, et qui prescrit : « 3 grammes de bromure par jour, augmenter progressivement jusqu'à 5 grammes ; régime tonique, préparations de kola, vin vieux de Bordeaux à tous les repas. »

Il ne semble pas que François V... ait été amélioré par ce traitement bromuré. Une attaque le 21 ; le 23 ; deux le 24 ; deux le 26 ; trois le 27 : une le 28 ; deux le 30, trois le 31.

Deux le 1er janvier ; quatre le 2 (le malade s'est gorgé de bonbons ces deux derniers jours), trois le 3 janvier.

Le 4, François V... vient à ma consultation. L'examen ne révèle rien de bien particulier, notamment au point de vue d'un traumatisme sur le crâne, jamais le malade n'a fait de chute, ni reçu de coups susceptibles de déterminer une fracture ou une fêlure. Rien ne permet de croire à de la tuberculose des méninges, ni à un autre mode d'irritation directe de l'écorce grise. François V..., qui paraît

sincère, affirme n'avoir jamais eu aucun signe de syphilis.

On constate simplement un assez fort degré d'hyperchlorhydrie stomacale avec foie un peu gros; l'impulsion du cœur est forte et vibrante, la tension artérielle très haute, 23 à 24 c. de mercure; 62 pulsations à la minute; le malade, qui accuse une grande lassitude des membres inférieurs, ne serre que faiblement le dynamomètre pour un homme de son âge et de sa corpulence (36 kilogr.).

En outre des vins toniques et médicamenteux qu'il prend, François V... m'avoue user assez copieusement d'apéritifs et de bière. Je m'efforce de lui faire comprendre qu'il ne guérira pas sans renoncer à tout cela, et comme il est très affecté par la récente multiplication de ses crises, il promet de se soumettre entièrement au régime que l'on connaît (viandes grillées et rôties, légumes en purées, fruits cuits, eaux alcalines; boire surtout en dehors des moments de la digestion). Je porte la dose de bromure à 8 grammes par jour. Comme je soigne ce malade gratuitement, je n'ai pas de scrupules à le faire venir tous les jours, même le dimanche matin, afin de suivre de très près les modifications apportées par le traitement, et d'obtenir un graphique sans lacunes.

Les premiers résultats du traitement n'ont pas été satisfaisants. Pourtant la pression artérielle s'est un peu détendue; en outre, le malade n'a eu en neuf jours que douze crises (au lieu de vingt pendant les neuf jours précédents).

Le 8 ou le 9 janvier, comme j'interroge à nouveau le malade sur certains de ses antécédents, sa femme et lui sont amenés à me parler des symptômes de petit brightisme que nous avons énumérés plus haut. Je prescris aussitôt l'examen des urines, et l'analyse m'est apportée le 11. Entre autres choses intéressantes elle révèle que le malade ne rend en vingt-quatre heures qu'environ 750 grammes d'urine, contenant 0gr,70 d'albumine. Le jour même François V... consent à adopter le régime lacté intégral (environ 3 litres par vingt-quatre heures). En même temps je supprime presque complètement le bromure (seulement 1 gramme par jour, au réveil), je continue simplement l'électrisation statique et les injections salines en enlevant l'acide phénique au sérum de Chéron.

Cette fois le résultat est tout à fait satisfaisant.

Le 13, le malade rend 950 grammes d'urine avec 0gr,80 d'albumine. Le 15, 1 100 grammes d'urine avec 0gr,20 d'albumine. Le 20, 1 800 grammes d'urine et traces non dosables d'albumine. Le 27, 2 100 grammes d'urine et environ 0gr,10 d'albumine.

Le 2 février, 1 800 grammes d'urine et traces non dosables d'albumine. Le 9, 2 300 grammes d'urine et traces non dosables d'albumine. Le 16, 1 950 grammes d'urine et traces non dosables d'albumine.

Enfin le 22, le régime lacté étant remplacé depuis six jours par le régime lacto-végétarien,

1 800 grammes d'urine et traces non dosables d'albumine.

Cependant, la pression artérielle s'est considérablement détendue ; elle oscille à présent entre 16 et 18 centimètres. En revanche le pouls, qui ne battait plus que 60 ou 62, donne 80 et 90 à la minute. Les forces ont fait de remarquables progrès : la main droite au lieu de 35, 38 et 40 qu'on obtenait au commencement de janvier, donne à fin février 50 et quelquefois un peu plus; la main gauche suit, avec des oscillations à peu près parallèles.

Quant au nombre des attaques il s'est espacé comme suit :

Janvier. — Le 4, deux attaques; le 5, deux attaques ; le 6, une attaque ; le 7, une attaque ; le 8, deux attaques; le 10, deux attaques; le 11, une attaque; le 12, une attaque. Ici commence le régime lacté.

Le 13, deux attaques; le 15, une attaque; le 16, une attaque; le 19, une attaque; le 22, une attaque; le 23, une attaque; le 28, une attaque.

Février. — Le 4, une attaque; le 13, une attaque.

J'ai perdu le malade de vue dans les premiers jours de mars, mais, quel qu'ait pu être son sort dans l'avenir, l'expérience me paraît tout à fait concluante, puisque le régime lacté, accompagné d'une dose insignifiante de bromure, nous a donné la suppression presque complète des accès, ce que n'avait pu faire une dose huit fois supérieure de préparation bromurée.

En résumé : du 25 décembre au 4 janvier, de 2 à 5 grammes de bromure, vins toniques : 20 attaques.

Du 4 au 13 janvier, 8 grammes de bromure, régime et eau pure : 12 attaques.

Du 13 au 22 janvier, 1 gramme de bromure, régime lacté intégral : 5 attaques.

Du 22 au 31 janvier, 1 gramme de bromure, régime lacté intégral : 3 attaques.

Du 31 janvier au 9 février, 1 gramme de bromure, régime lacté intégral : 1 attaque.

Du 9 au 19 février, 1 gramme de bromure, régime lacté intégral : 1 attaque.

M. Féré estime que de tels faits, fréquemment méconnus, ne sont pas rares. La plupart des neurologistes tendent, tous les jours un peu plus, à ne voir dans les phénomènes convulsifs de l'urémie qu'une variété de la névrose comitiale. Dans ses leçons du mardi à la Salpêtrière, M. le professeur Raymond a souvent insisté sur l'épilepsie urémique. Mais je ne crois pas qu'on ait encore publié d'observation aussi suivie de petit mal épileptique provenant du petit brightisme, et s'améliorant en même temps que lui sous l'influence du régime lacté. Ce n'est là qu'une variété de petite urémie nerveuse.

En présence de certains cas d'épilepsie que rien n'explique, — et je parle surtout des cas d'épilepsie tardive se développant chez des sujets d'un

certain âge que la syphilis n'a pas contaminés, et qui n'ont pas fait de chute sur la tête, — il est toujours utile de pratiquer l'analyse des urines, de se rappeler qu'une intoxication assez intense des centres nerveux peut fort bien ne s'accompagner que de très petites doses d'albumine. Uue forte pression sanguine, une toxicité urinaire inférieure à la normale seront les meilleurs guides pour le diagnostic. Dans l'observation ci-dessus, j'ai continué, par excès de prudence, à donner 1 gramme par jour de bromure; mais je suis bien convaincu que le régime lacté, à lui seul, eût suffi à déterminer la raréfaction des accès dont notre figure 24 donne une claire idée.

Ce cas d'épilepsie toxique nous conduit par une pente naturelle à étudier d'autres cas, beaucoup plus fréquents, où les attaques de haut mal semblent dépendre, pour une bonne part, de l'auto-intoxication par fonctionnement défectueux de l'appareil gastro-intestinal.

DEUXIÈME PARTIE

L'ÉPILEPSIE GASTRO-INTESTINALE

CHAPITRE VIII

L'ÉPILEPSIE GASTRO-INTESTINALE

Historique de la question, d'Hippocrates à nos jours. — Effets de la suppression de l'alcool; observations : graphiques. — Effets d'un régime alimentaire de moyenne rigueur; observations : graphiques. — Effets du régime lacté et lacto-végétarien; observations : graphiques. — Effets des lavages de l'estomac; observations : graphiques. — Conclusions.

Dans l'histoire des épileptiques qu'il m'a été donné de suivre, certaines constatations reviennent avec une monotonie dont on ne peut manquer d'être frappé. C'est ainsi qu'au cours de presque toutes nos observations on peut lire : « Langue saburrale, estomac dilaté, fermentations anormales, selles fétides, indican dans l'urine, foie sensiblement hypertrophié par sa lutte contre les toxines de provenance intestinale. » Ou bien encore : « Chez ce malade on peut prévoir quelques jours à l'avance la venue de l'attaque; la tension artérielle s'abaisse, l'estomac gargouille à la percussion, l'haleine devient forte du double fait de l'embarras gastrique

et de la saturation bromique; après quoi la tension artérielle se relève rapidement, et la crise éclate. »

C'est qu'en effet, il y a d'étroites, d'habituelles relations entre l'état de l'appareil gastro-intestinal et le retour des paroxysmes. Il est fréquent que l'attaque comitiale s'accompagne de vomissements alimentaires. Tous les médecins d'hospices et d'asiles spéciaux ne cessent de redire que, le soir et le lendemain des jours de sortie, leurs malades ne manquent point d'avoir des crises, vraisemblablement dues à l'abus de l'alcool, des sucreries, ou simplement à la surabondance des aliments ingérés.

Dans son ouvrage sur *l'Épilepsie*[1], M. J. Voisin décrit avec insistance l'embarras gastrique et l'état saburral survenant pendant les heures ou les jours qui précèdent une rechute. « Les troubles de l'appareil digestif, dit-il, ne manquent jamais dans l'épilepsie générale; ils précèdent les accès isolés ou en série, les vertiges ou le trouble mental, permettant ainsi de les prévoir et parfois de les prévenir. » Mais il s'en faut que le médecin de la Salpêtrière ait été le premier à envisager le mal sacré sous cet aspect. Hippocrates[2] avait vu que l'inflammation de l'estomac peut produire le mal comitial, « lequel est fréquemment causé par l'atrabile ».

Il y a, dans Galien[3], l'histoire d'un jeune grammairien que le travail d'esprit prédisposait aux

1. Jules Voisin, *l'Épilepsie*. Félix Alcan, 1897.
2. *Epidemic*. L. 6, Ch. 54.
3. *Comment. ad aph. Hippocr*. L. 7, Aph. 10.

crises convulsives, et auquel le vieux maître ordonna d'employer tous les moyens qui pouvaient lui procurer une bonne digestion. Ailleurs[1], il interdit à un enfant épileptique tous les aliments flatueux, tous ceux qui portent le sang à la tête, etc.

On trouve, dans le *Traité de l'Épilepsie* de Tissot[2], de nombreux cas rapportés d'après Valleriola[3], médecin d'Avignon dans le XVIe siècle, d'après Fernel[4], d'après Zacutus[5], d'après Forestus[6], d'après Théophile Bonnet[7], d'après Woodwart[8], d'après Boerhaave[9]; Tissot lui-même, qui fait d'une nourriture abondante un poison pour les épileptiques, considère la sobriété comme essentielle à toute guérison. Le régime qu'il recommande[10] vaut d'être reproduit; à cent trente ans de distance il ne diffère pas énormément de celui que nous estimons, aujourd'hui, le plus rationnel : « Les viandes blanches, les poissons de rivière, les légumes, les farineux de digestion facile, les fruits bien mûrs doivent être la base de la nourriture des épileptiques; on peut leur permettre quelquefois un peu de bœuf, du mouton

1. *De locis affect.* L. 5, chap. 6.
2. Chez Didot le Jeune. Paris, 1770.
3. Observ. L. 3, Observ. 7.
4. *Consul.* 7, *Oper. omn.*, p. 668.
5. *Lucitanus Prax. med. admir.* L. 1, Obs. 21.
6. Lib. 10. Obs. 64.
7. *Medicin. Septentrion.* Lib. 1, Sect. 14, Cap. 1, T. 1, p. 105.
8. *Select. cales in physik*, p. 313.
9. *Prælect. de morb. nervor.*, p. 443.
10. *Loc. cit.*, p. 274 et suiv.

tendre, mais en général on doit leur interdire toutes les viandes noires qui font beaucoup de sang et un sang âcre, les œufs, les pâtisseries, les fritures, les choses grasses, les oies, les canards, la viande de cochon, toutes les salaisons, les viandes fumées ou venées, les anguilles, la raie, la sèche, la merluche, les écrevisses, les truffes, les artichauts, les asperges, le céleri et le persil. Par rapport aux boissons, l'eau pure est la seule qui leur convienne; toutes les autres leur sont moins salutaires, plusieurs nuisibles. Le vin irrite les nerfs et porte le sang à la tête, et je suis persuadé, par beaucoup d'observations, qu'excepté dans un très petit nombre de cas, la privation du vin est indispensablement nécessaire. Van Heers, ce bon observateur, se plaignait déjà que plusieurs jeunes gens étaient restés incurables parce qu'ils ne voulaient pas s'en abstenir. M. Tralles parla d'un homme qui était beaucoup mieux dès qu'il n'en prenait point, et dont le mal redoublait dès qu'il en buvait; et il n'y a point de médecin qui n'ait vu la même chose. »

Plus près de nous, Delasiauve[1] : « On a mentionné d'assez nombreux faits où, la diathèse spéciale aidant, un excès de boissons ou d'aliments, l'usage plus ou moins persistant de substances altérées ou nuisibles ont directement produit le mal caduc », et plus loin, il décrit, au nombre des formes cliniques, une « épilepsie gastro-intestinale »

1. *Traité de l'Épilepsie.* Victor Masson, 1854, p. 204, 277 et 455.

sur laquelle Maisonneuve[1] insistait déjà tout au commencement du siècle; enfin, au chapitre traitement, le médecin de Bicêtre affirme la réelle importance pratique du régime alimentaire : pour lui, la diète des épileptiques doit être surtout végétale.

Trousseau, comme plus tard M. Lemoine[2], citent des cas d'épilepsie surtout caractérisés par des troubles gastriques avec ou sans perte de connaissance. Gowers[3] fait remarquer que la dyspepsie est commune dans l'épilepsie; Paget enseignait qu'elle provoque fréquemment des attaques chez ceux qui y sont sujets. M. Lépine[4], d'une part, M. Pommay[5], d'une autre, ont décrit l'épilepsie congestive des gros mangeurs. Küssmaul a reconnu la coexistence fréquente du mal comitial et de la dilatation gastrique; M. Gilbert Ballet[6] considère l'auto-intoxication comme une source très fréquente de phénomènes convulsifs. M. Féré traite des troubles gastriques de l'épilepsie[7], et encore des épilepsies à manifestations gastriques[8]. Chass-Todd a publié

1. *Thèse inaugurale sur l'Épilepsie*, 1803.

2. Épilepsie à forme gastrique. *Soc. Biol.*, 15 janvier 1898.

3. *De l'épilepsie et des autres maladies convulsives chroniques.* Traduction française, 1883.

4. De l'épilepsie survenant à la suite d'écarts habituels de régime chez les individus très sanguins. *R. Mensuelle*, août 1877.

5. Contribution à l'étude de l'épilepsie gastrique; et Lépine sur l'épilepsie congestive, *Revue Mensuelle*, 1881, p. 449 et 500.

6. Causes occasionnelles de l'épilepsie. *Indépendance médicale*, 26 avril 1898.

7. *Journal de Neurologie et d'Hypnologie*, 5 mars 1896.

8. *Société de Biologie*, 22 janvier 1898.

dans le *Chicago Medical Recorder*[1] une note sur la façon de combattre l'élément toxique dans le traitement de l'épilepsie. Herther et Smith[2] ayant très fréquemment trouvé de l'indican dans les urines, en concluent que certains processus de putréfaction intestinale sur lesquels, à leur avis, le bromure n'a pas d'influence, jouent un rôle évident dans la pathogénie de l'épilepsie idiopathique ; dans les cas observés par eux, il y avait relation constante entre l'intensité de ces putréfactions et la fréquence des accès.

Dans leur excellent *Essai sur la Pathogénie et le Traitement de l'Épilepsie*, MM. Marinesco et Sérieux[3] concluent à la grande importance des auto-intoxications en tant qu'agents provocateurs des paroxysme comitiaux. Dès 1892, Paul Blocq et Marinesco[4] faisaient intervenir, comme cause déterminante de la production des crises convulsives, certains poisons de nature encore inconnue, des ptomaïnes vraisemblablement. Vers la même époque Griffiths[5] extrayait de l'urine des épileptiques, des leucomaïnes qui, injectées à des animaux, provoquèrent du tremblement, des évacuations intestinales et urinaires, de la dilatation de la pupille et des convulsions terminées par la mort. Dans leur

1. Avril 1898, p. 337.
2. Researches upon the etiology of idiopathic epilepsy. *New York med. Journ.*, 27 août et 3 septembre 1892.
3. Académie royale de Médecine de Belgique, 1895.
4. *Semaine Médicale*, 12 novembre 1892.
5. *Bulletin Médical*, n° 59, 1892.

Pathogénie et le Traitement de l'Épilepsie[1], Claus et Van der Stricht racontent l'histoire d'une petite fille qui avait une absence toutes les fois qu'elle se gorgeait de sucreries, et qui a cessé d'en avoir dès qu'elle s'en est abstenue. A signaler encore un article de Nelson Tieter[2]; un mémoire de M. Bonnet[3], qui propose un régime diurétique pour éliminer les toxines de provenance alimentaire; un autre de M. Dupré-Lefebvre dans le *Nord Médical*[4], l'étude de M. Ferrarini sur un cas d'épilepsie autotoxique d'origine hépatique[5]. La thèse de M. Labath de Lambert[6] sur l'origine gastrique de certaines épilepsies. Et enfin ma courte étude sur le traitement médical de l'épilepsie[7].

Voilà, en somme, d'Hippocrates à nos jours, une conception pathogénique qui n'a pour ainsi dire pas été délaissée, et dont l'importance grandit plus que jamais, aujourd'hui que s'affirment les idées modernes sur l'auto-intoxication.

Entreprises en partant d'une tout autre façon

1. Georges Carré. Édit. 1896, p. 244.
2. Origine auto-toxique de l'épilepsie. *The alienist and neurologist*, 1897, avril, vol. XVIII, p. 203.
3. *Dauphiné Médical*, juin 1898.
4. Voir *Revue Neurologique*, 1898, p. 655.
5. *Rivista quind. di psicol., psichiat., neurol.*, 15 février 1898.
6. *Thèse de Paris*, 1896, n° 491.
7. *Acad. de Méd.*, 26 avril 1898 et *Journal des Praticiens*, 28 mai 1898.

d'envisager la genèse du mal caduc, mes recherches personnelles m'ont conduit, pour ainsi dire malgré moi, à penser que, dans un très grand nombre de cas, les plus bénins, il y a relation de cause déterminante à effet entre l'indigestion et l'attaque, chez un sujet prédisposé. Je prends ici le mot indigestion, dans son sens le plus général.

Beaucoup de mes malades ayant été suivis au jour le jour et avec tout le soin possible, peut-être les observations ci-après et les graphiques qui les accompagnent, pourront-ils apporter, sur ce point si intéressant de pathogénie et de thérapeutique, un peu plus de clarté et de précision.

Ces observations peuvent se répartir sous quatre chefs[1] :

1° Effets de la suppression de l'alcool;

2° Effets d'un régime alimentaire de moyenne rigueur;

3° Effets du régime lacté ou lacto-végétarien;

4° Effets des lavages de l'estomac.

1. Je ne relate ici, bien entendu, que les cas qui me paraissent comporter un enseignement évident et topique. On ne trouvera point ici de ces observations où l'amélioration apportée par le traitement est si légère qu'il faut, selon une expression consacrée, la regarder à la loupe pour la voir.

§ A. — EFFETS DE LA SUPPRESSION DE L'ALCOOL

C'est une notion tout à fait banale à force d'être acquise, que celle du pouvoir épileptogène de l'alcool, de l'absinthe et de la plupart des essences servant à la fabrication des spiritueux.

Voici pourtant deux cas où le simple effet de la mise à l'eau est assez net pour valoir d'être rapporté.

Observation I.

Edmond K..., 26 ans[1], employé de commerce, né d'une mère hystérique et d'un père syphilitique, est venu au monde à demi asphyxié par le cordon ombilical. Convulsions au moment de la première dentition. Il a de furieuses colères à partir de 11 ou 12 ans.

Vers l'âge de 18 ans, à Bonn où on l'avait envoyé

1. Voir l'observation complète à la fin du volume.

apprendre l'allemand, il devient plus nerveux encore. Très glouton, il se gorge de charcuterie, de choux fermentés et de bière. Un jour de juillet, au lendemain d'une formidable beuverie, il est pris d'une grande attaque de nerfs à laquelle ne manque aucun des caractères du haut mal.

A dater de ce jour, deux attaques par mois en moyenne, puis bientôt une attaque tous les huit ou dix jours. On emploie successivement le bromure associé ou non à l'hydrothérapie, le traitement opiacé, la valériane, le chloral, sans amélioration durable.

Vers 1896, le mal empire encore. Il a une attaque tous les deux ou trois jours et quelquefois jusqu'à deux, trois, quatre attaques dans la même journée. On l'isole à la campagne; le grand air, les exercices violents, le travail des champs, améliorent un peu son état.

On peut voir sur le graphique ci-contre (fig. 25) que, pendant les mois de l'année 1897 correspondant aux mois de l'année 1898 où je lui ai donné mes soins, il a eu, en juin, 12 attaques, en juillet 13, en août 14, en septembre 11, en octobre 14, en novembre 11. La moyenne reste la même en décembre 1897, janvier, février, mars, avril, mai 1898. Le malade vient me consulter le 8 juin 1898.

C'est un gaillard d'une vigueur exceptionnelle qui donne tous les signes d'une haute vitalité (voir le graphique n° 1, page 13). Ses attaques le prennent habituellement au petit jour, elles sont

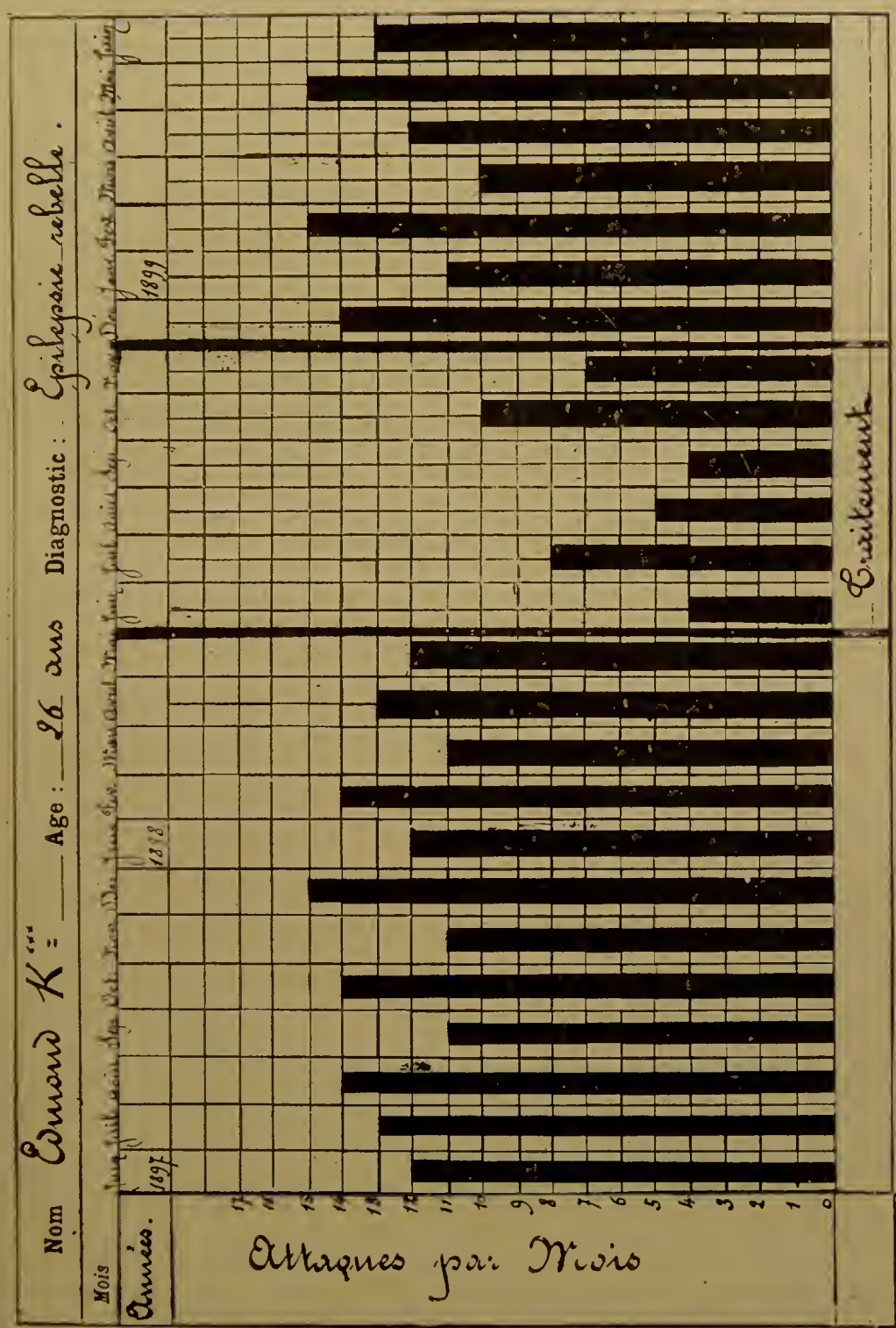

Nom Emond K'''
Age : 26 ans
Diagnostic : Epilepsie rebelle.
Mois
Années.
1897
1898
1899
Attaques par Mois
Traitement

Fig. 25.

extrêmement violentes et le laissent épuisé pendant plusieurs heures.

Edmond K... déclare boire par jour environ un demi-litre de vin pur à chaque repas, deux apéritifs (rarement de l'absinthe), deux verres de cognac.

Je m'efforce longuement de lui persuader que l'alcool lui est particulièrement nuisible, et de lui faire comprendre qu'il ne guérira jamais s'il boit autre chose que de l'eau. Avec une docilité en laquelle je n'osais d'abord pas croire, mon malade se soumit à la rigoureuse hygiène que je lui prescrivais. Au dire de ses parents et de ses amis les plus intimes qui ne le perdaient guère de vue, il s'abstint de tous aliments de digestion malaisée, et ne but que de l'eau pendant les mois de juin, juillet, août et septembre. Le résultat fut le suivant : 4 crises en juin, 8 en juillet, 5 en août, 4 en septembre. A partir de la fin d'octobre le mal reprit toute sa gravité. C'est que, à cette époque, Edmond K..., à la suite d'une violente émotion, s'était remis à boire sans me l'avouer (je l'ai appris par un de ses amis) des apéritifs et des liqueurs, tandis qu'à table, chez ses parents, il continuait à ne prendre que de l'eau. Le graphique n° 7 (voir page 25) montre la baisse progressive de la pression artérielle et du nombre de ses pulsations sous l'influence du régime. Le graphique n° 16 montre, en outre, l'amaigrissement du sujet, qui au début pesait 101 kilogr.

Voici donc un premier malade, atteint d'épilepsie

tout à fait grave et rebelle, avec lésion anatomique probable, prédominant d'ailleurs sur l'un des hémisphères (voir l'observation, p. 61) qui, du seul fait de la mise à l'eau, a vu diminuer le nombre de ses crises, du reste moins violentes, dans la proportion de 52 (pendant les mois de juin, juillet, août et septembre 1897) à 21 (pendant les mois de juin, juillet, août et septembre 1898). En outre, son caractère, sujet à des colères véritablement effroyables, s'était amélioré d'une manière incontestable. Son entourage, qui avait eu beaucoup à en souffrir, ne cessait de le répéter. Moins méchant, Edmond K... était aussi moins sombre, et son intelligence, au total médiocre, se révélait certainement un peu plus nette, pendant sa période d'abstinence, qu'elle ne l'avait été antérieurement et qu'elle ne le fut depuis.

Observation III.

Auguste T...[1], 28 ans, clerc d'avoué. C'est un fils d'alcoolique, et lui-même, sans être à proprement parler un dipsomane, a pris coutume, vers le commencement de l'année 1894, de consommer force apéritifs et de passer ses soirées au café jusqu'à une heure avancée de la nuit. C'est peu de temps après avoir contracté cette mauvaise habitude qu'il eut sa première attaque de haut mal. Elle fut très

1. Voir l'observation complète à la fin du volume.

violente. Il en eut une seconde cinquante jours après, puis bientôt deux ou trois par mois. Un peu amélioré par un traitement de bromure et de douches, il eut une mauvaise fin de l'année 1896. Pendant les premiers mois de 1897, une attaque, souvent accompagnée de vomissements alimentaires, tous les huit ou dix jours.

Je vois le malade le 20 mars 1897 ; son estomac est rétracté, son foie gros, ses yeux brillent d'un éclat tout à fait exceptionnel, comme il arrive chez beaucoup de buveurs très excités. J'insiste longuement auprès d'Auguste T... pour lui démontrer que la suppression de l'alcool doit être ici l'essentiel du traitement, et je refuse catégoriquement de le soigner, s'il ne se soumet pas à cette condition. Il s'engage à passer quelques semaines à Paris dans l'étroite compagnie et sous la surveillance d'un de ses cousins plus âgé que lui, seule personne qui ait sur lui quelque influence. Le traitement consiste, pour ainsi dire, presque uniquement dans la suppression de l'alcool ; le malade prend un litre de lait coupé d'eau de Vichy, des œufs à la coque le matin, à midi des poissons légers, une viande grillée bien cuite, des légumes verts et secs en purées fines, des fruits cuits ; à 4 heures, un goûter assez copieux, et, le soir, un repas léger, presque exclusivement végétarien. Pour aider le malade à supporter la suppression brusque de l'alcool, je lui donne tous les matins 10 centigrammes de valérianate de caféine, et, tous les deux jours, une injection de 5 à 10 centi-

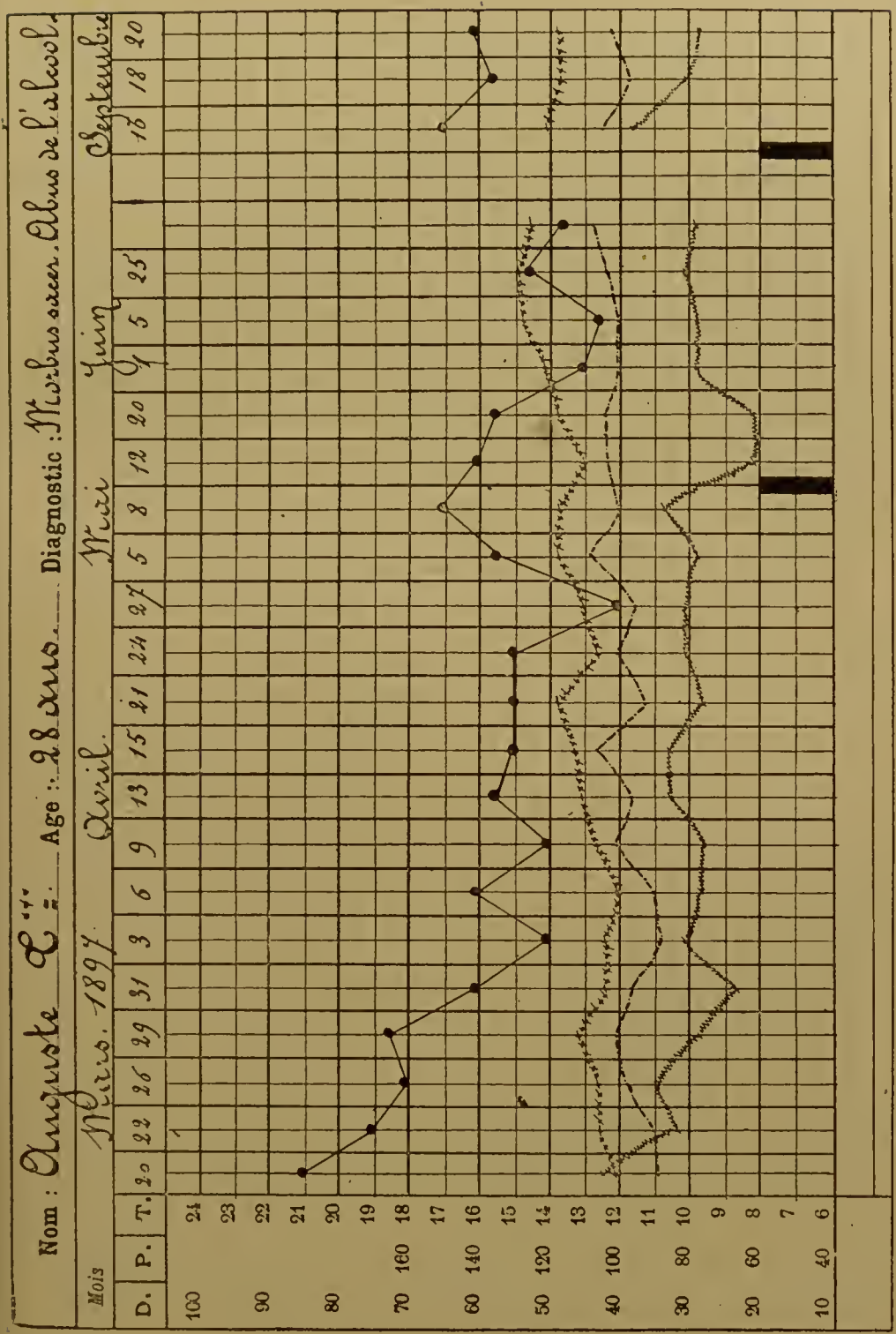

Nom : Auguste C...
Age : 28 ans
Diagnostic : Morbus sacr. Abus de l'alcool.
Mois
Mars. 1897
Avril
Mai
Juin
Septembre
D.
P.
T.

Fig. 26.

mètres cubes de sérum artificiel. Auguste T... ne prend pas de bromure.

Le résultat de cette thérapeutique a surpassé mon attente. Je me doutais bien qu'il s'agissait là d'un cas d'épilepsie surtout toxique, mais je me tenais prêt à redonner du bromure sitôt que reviendrait le premier accident. Cet accident se fit attendre beaucoup plus que je ne croyais. En quinze jours, la pression sanguine tomba de 21 à 14, le pouls de 104 à 68, tandis que, par contre, la pression dynamométrique des mains augmentait sensiblement. En même temps l'état mental se modifiait de la façon la plus heureuse, Auguste T... devenant infiniment moins irritable, reprenant sa gaieté, sa lucidité, son entrain à vivre. Il s'occupa même, à ce moment-là, d'un petit travail qu'il négligeait depuis longtemps et qu'il put rédiger très convenablement. Il en fut ainsi jusqu'au milieu de mai. Dans la nuit du 17 au 18, après un dîner en ville mal digéré, Auguste T... a une crise, d'ailleurs assez légère. J'ajoute au traitement 3 grammes de bromure et il n'a plus de crise jusqu'au 17 septembre. A cette époque, Auguste T..., qui vient de passer quelques jours à la campagne où il a suivi son régime d'un peu moins près, sans grands excès pourtant, rentre à Paris, et le matin de son retour, après une nuit de voyage, il a une attaque d'intensité moyenne. Nouvelle crise vers le commencement de novembre, accompagnée d'humeur querelleuse et d'idées sombres. Deux jours après, le malade, que je

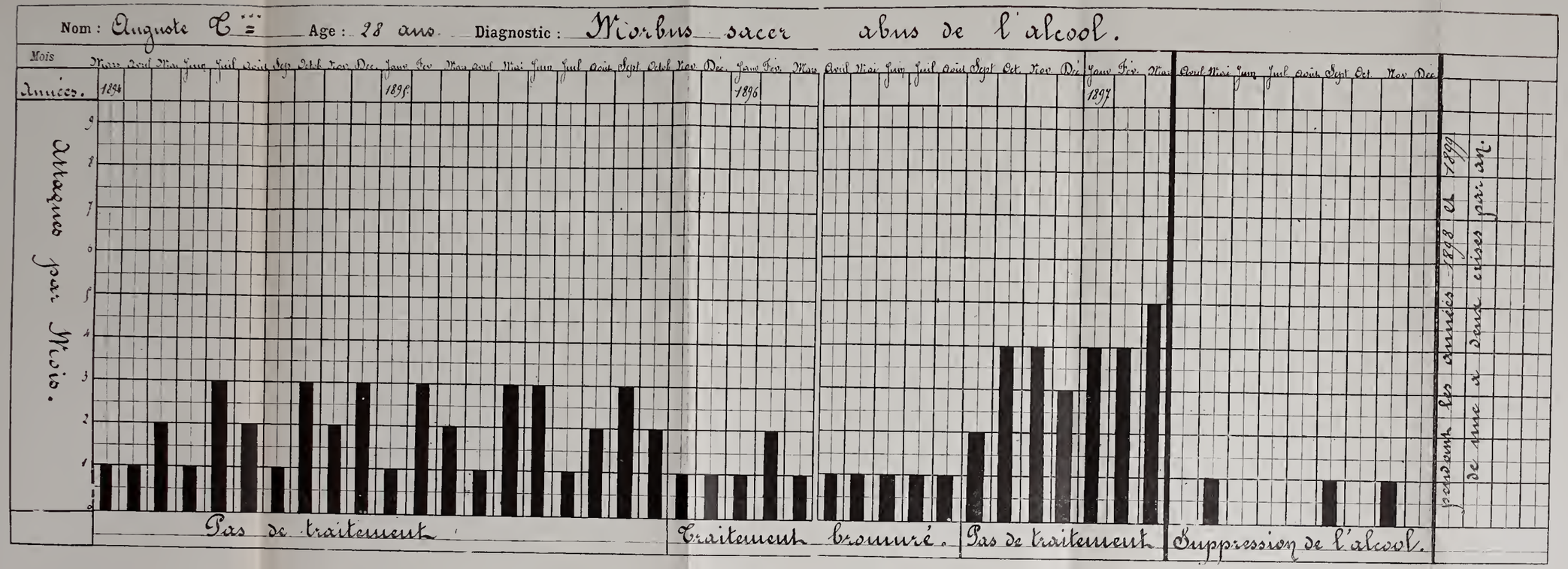

Nom : Auguste C...
Age : 28 ans.
Diagnostic : Morbus sacer abus de l'alcool.
Mois
Années.
1894
1895
1896
1897
Attaques par Mois.
Pas de traitement
Traitement bromuré.
Pas de traitement
Suppression de l'alcool.
pendant les années 1898 et 1899
de une à deux crises par an.

Fig. 27.

n'avais pas vu depuis longtemps (j'ai cessé de le suivre depuis la fin de juin), revient à ma consultation pour m'avouer qu'il a commis des imprudences de régime et m'affirmer qu'après une expérience si nette, il est résolu à ne plus boire que de l'eau en été, et du thé léger en hiver.

Je n'ai pas revu, depuis, Auguste T..., mais j'ai appris, en mai 1899, que malgré mon conseil il s'était marié, que sa femme réussissait à l'empêcher de boire, et qu'il avait en tout une ou deux crises légères par an.

§ B. — EFFETS D'UN RÉGIME ALIMENTAIRE DE MOYENNE RIGUEUR

A quelques menus détails près, les six malades dont les observations vont suivre ont été soumis à un régime alimentaire dont je donne, une fois pour toutes, la composition, afin d'éviter d'inutiles redites.

Aliments interdits. — Mie de pain et potages à la mie de pain ; sauces ; conserves alimentaires ; viandes noires ; mets épicés, gibier, poissons lourds ; crustacés (homards, langoustes, écrevisses, crevettes) ; huîtres ; coquillages ; crudités (radis, salades, melon) ; aliments acides (vinaigre, oseille, tomate) ; aliments gras (foie gras, friture, pommes de terre frites, charcuterie) ; asperges, choux ; choux-fleurs, choux de Bruxelles, oignons, navets, raves, haricots secs ; sucreries, pâtisseries, crèmes crues, fruits crus, fromages.

Aliments recommandés. — Pain grillé froid ou croûte de pain rassis ; œufs à la coque, œufs brouillés, omelettes peu cuites ; maigre de jambon d'York et de Westphalie ; poissons légers (soles et merlans) grillés ou bouillis. Viandes blanches et rouges

(veau, poulet, mouton et bœuf) grillées et rôties, plutôt un peu cuites, en quantité modérée au repas du matin, en très petite quantité au repas du soir, lequel doit être presque végétarien; mâcher très longuement la viande et, si l'on a de mauvaises dents, la couper menu à l'aide d'un masticateur. Haricots verts très tendres, artichauts à la sauce blanche, purées fines, soigneusement passées au tamis, de pommes de terre, de lentilles et de petits pois; purées de salades cuites (cresson, chicorée, épinards; laitues, endives et céleri au jus).

Pour dessert : gâteaux secs sans amandes, biscuits salés, compotes peu sucrées, crèmes cuites.

Aliments préparés avec un peu de bouillon ou un peu de beurre de bonne qualité. Poivrer peu et saler assez fort.

Suppression radicale du vin, des liqueurs, du cidre, de la bière, de l'alcool sous toutes ses formes, et de toutes boissons fermentées. Ne boire aux repas qu'un ou deux verres à bordeaux d'eau pure ou d'eau minérale non gazeuse. En hiver, du maté chaud. Ne pas boire pendant les heures de la digestion stomacale; boire, quand l'estomac est vide, quatre ou cinq verres par jour d'une eau minérale alcaline ou diurétique.

Voici les résultats que nous a donnés cette hygiène alimentaire.

Observation XI (*Personnelle*).

Rosalie B..., 30 ans.

Antécédents héréditaires : La mère paraît bien équilibrée, le père a dû faire d'assez grands excès de boisson.

Antécédents personnels : Enfance débile ; pas de convulsions. Règles venues tardivement, disparues pendant dix-huit mois, puis reparues accompagnées de pertes blanches.

A l'âge de 25 ans, deux ans après son mariage, pendant la grossesse de son unique enfant, elle est prise de somnolences invincibles et de bâillements après les repas (repas particulièrement copieux; Mme B..., est accoutumée à une cuisine très relevée). Elle accouche à terme en juillet 1891 ; pas d'accidents éclamptiques, pas d'albuminurie.

Trois mois après ses couches, en octobre 1891, à dix heures du matin, elle est prise d'une attaque de nerfs ayant les caractères du mal comitial. Cette attaque est d'ailleurs légère et de courte durée.

Quatre mois plus tard, en février 1892, seconde crise, le soir à la fin du dîner : les convulsions ne sont pas assez fortes pour que la malade tombe de sa chaise.

En décembre de la même année, après une longue et fatigante marche, attaque pendant le déjeuner.

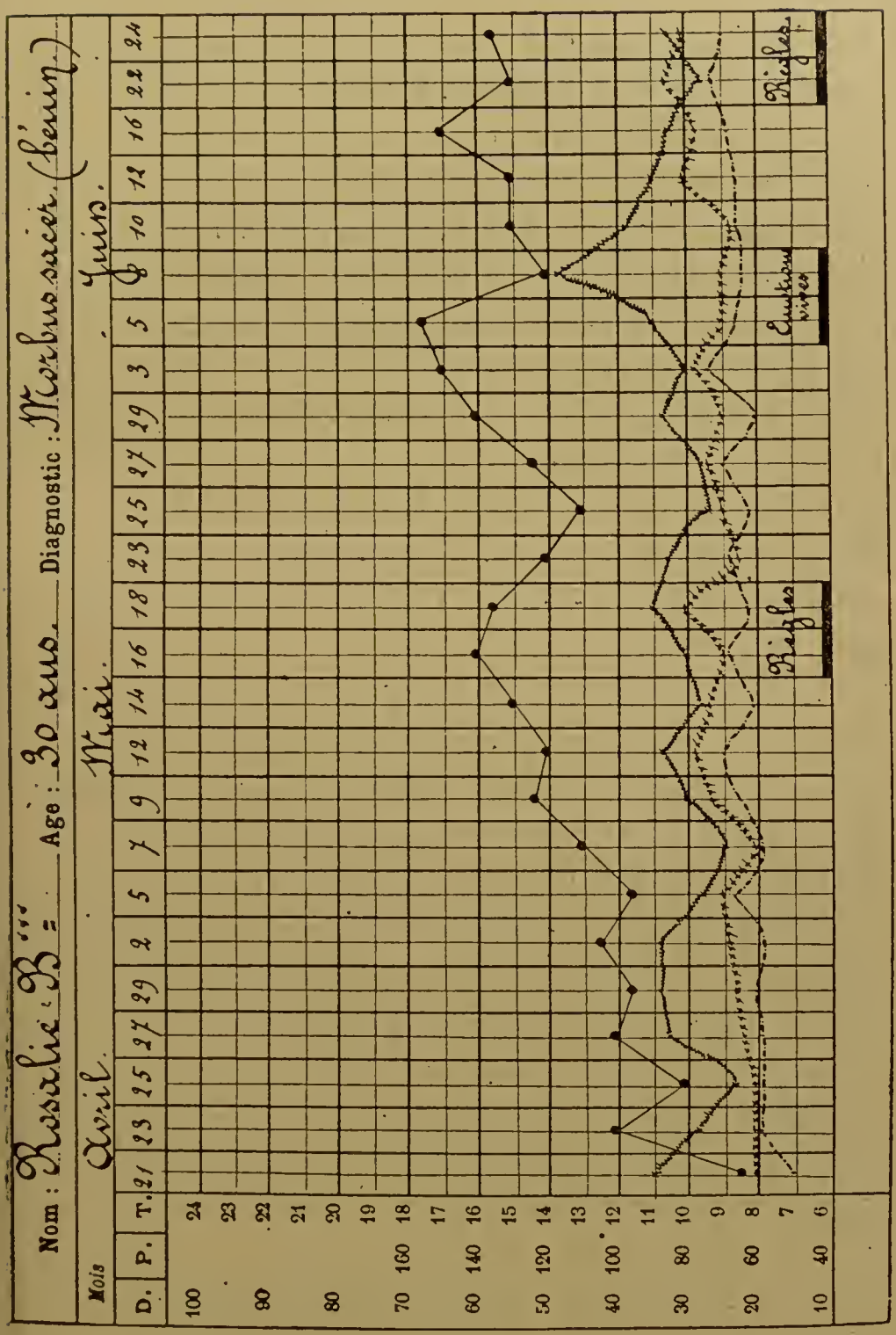

Nom : Rosalie B...
Age : 30 ans.
Diagnostic : Morbus sacer (bénin)
Mois
Avril
Mai
Juin
D.
P.
T.
Règles
Emotions vives
Règles

Fig. 28.

A ce moment, elle va consulter Charcot, qui lui ordonne du bromure et des pratiques hydrothérapiques. La malade n'a rien jusqu'en 1895, elle cesse le bromure, et a une nouvelle crise le 25 avril 1895; elle reprend de l'élixir polybromuré : nouvelle attaque après une contrariété vive, le 1er avril 1896.

A ce moment, les crises se multiplient : une crise le 6 avril, une autre le 11, une le 16, une le 20, malgré 6 grammes de bromure. Le 21, Rosalie B... vient me consulter.

Dilatation énorme de l'estomac; tension artérielle extrêmement basse (8 c. 1/2 de Hg.); force dynamométrique : main droite, 20 kilogr.; main gauche, 16.

Traitement prescrit : 4 grammes de bromure au lieu de 6; injections de sérum artificiel tous les deux jours, accompagnées d'une séance de stimulation électrique (étincelles statiques), suppression totale de l'alcool, régime alimentaire.

Amélioration presque immédiate, la pression artérielle s'élève, la force dynamométrique augmente, la congestion d'après les repas disparaît; je ne vois bientôt plus la malade que de loin en loin; le 20 août, elle vient à ma consultation pour la dernière fois après une trentaine de séances. Elle n'a plus eu une seule attaque depuis le 20 avril.

A la fin de l'année 1896, Rosalie B..., qui a diminué progressivement ses doses de bromure, cesse complètement d'en prendre. Mais elle continue à

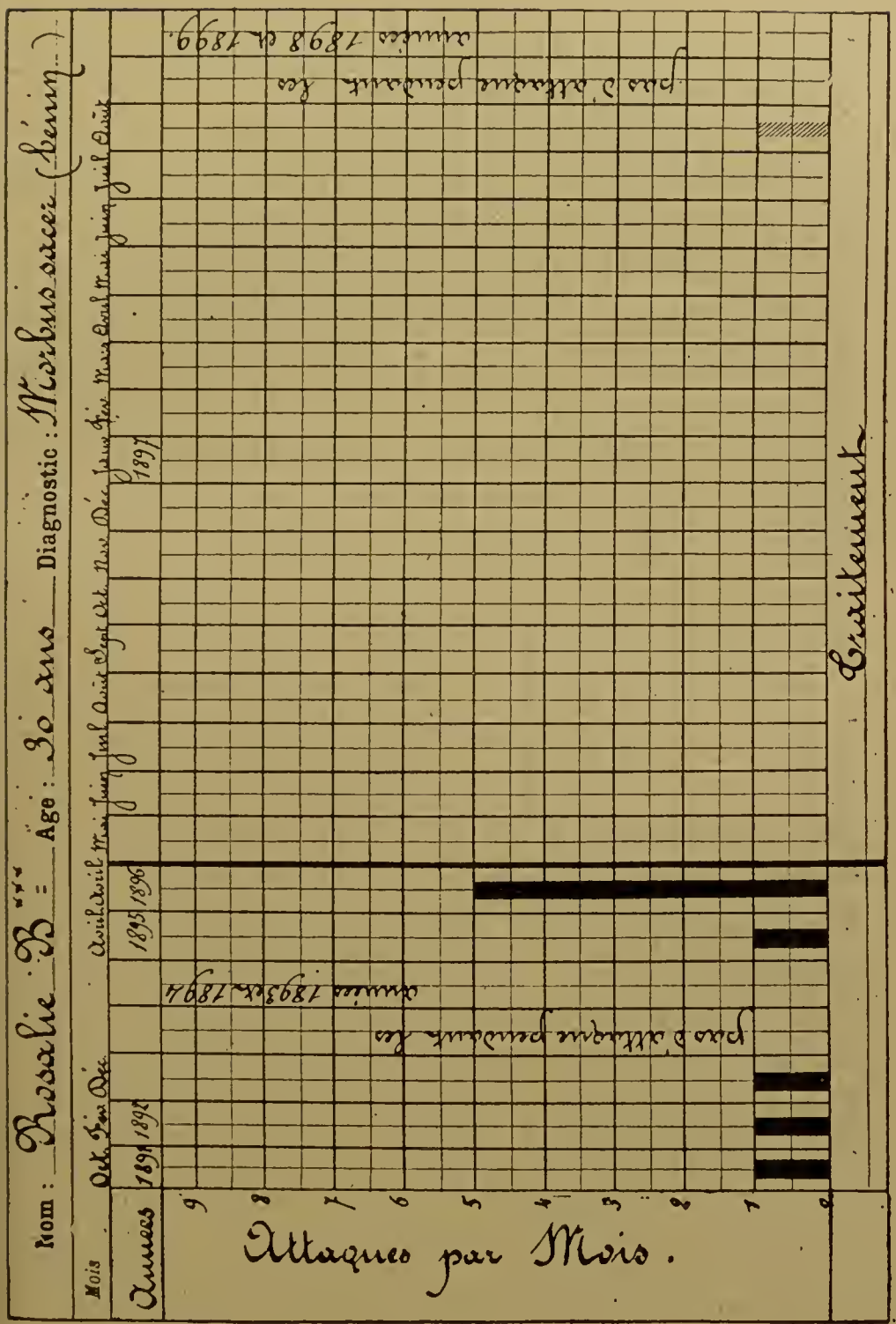

Nom : Rosalie B***
Age : 30 ans
Diagnostic : Morbus sacer (Bénin)
Mois
Années
Attaques par Mois.
Traitement
pas d'attaque pendant les années 1898 et 1899.
pas d'attaque pendant les années 1893 et 1894
1895
1896
1897

Fig. 29.

boire de l'eau ou du lait, et à s'astreindre rigoureusement au régime alimentaire.

Une seule fois, en août 1897, après un déjeuner plus copieux que de coutume, à la campagne, déjeuner précédé d'une assez longue marche au soleil, elle devient très pâle, sa parole s'arrête, son regard se fixe, elle murmure quelques mots inintelligibles, puis un flot de sang lui monte au visage, et tout s'en tient là.

C'est le seul accident qu'elle ait eu depuis plus de trois ans, et il semble surtout qu'elle doive cet état d'extrême amélioration à son hygiène alimentaire, comme il semblait que ses accidents étaient dus à l'excessive bonne chère.

D'ailleurs, la plupart de ses attaques survenaient vers la fin du repas, au moment où son estomac gonflait, où son visage s'empourprait, et où, pour tout dire, elle avait bonne envie d'ôter son corset. Naguère on eût appelé cela de l'épilepsie pléthorique ou congestive; et je ne nie point que, dans ces cas, qui me paraissent très fréquents, il n'y ait en réalité congestion de l'encéphale ; mais je pense qu'il s'agit surtout de convulsions déterminées, chez un sujet prédisposé, par de l'auto-intoxication, probablement alimentaire.

Observation XII (*Personnelle*).

Joseph H..., 34 ans, conducteur de travaux.

Antécédents héréditaires : Père buveur et probablement syphilitique.

Antécédents personnels : Pas de convulsions de la première enfance. Il est pris de haut mal vers l'âge de 11 ans. Il n'a d'abord qu'une attaque tous les trente ou quarante jours ; puis les crises se rapprochent vers l'âge de 14 ou 15 ans : il en a jusqu'à deux par semaine. Sous l'influence d'un traitement bromuré, ou d'une rémission spontanée de la maladie, il se trouve aller beaucoup mieux vers l'âge de 19 ans. De 19 à 26 ans, il n'a guère que deux crises par an. Joseph H..., qui est un garçon intelligent, se montrait à ce moment-là tout à fait travailleur et sobre. Il crut pouvoir se marier.

Pendant les six premiers mois de son mariage il fit de nombreux abus de régime. Un soir d'été, ayant dîné d'une façon particulièrement copieuse, à 5 ou 6 kilomètres de la maison de campagne où il passait ses vacances, il rentra seul à pied dans la nuit noire, et se perdit. En traversant un bois, il fut pris de peur, retrouva son chemin, s'égara de nouveau, et regagna vers deux heures du matin le logis où l'attendait sa femme. Il se coucha, et s'endormit presque aussitôt d'un sommeil lourd. Une

heure plus tard, il fut réveillé en sursaut par des vomissements alimentaires, qui se terminèrent par une grande crise convulsive.

A dater de ce jour, son cerveau sembla reprendre l'habitude des paroxysmes; il eut jusqu'à sept ou huit accès nocturnes par mois; il se soigna, prit des douches, en même temps que 3 grammes de bromure; le nombre de ses attaques tomba à six par mois. Elles éclataient presque exactement à la même heure (2 heures du matin). Joseph H..., occupé dans ses chantiers, déjeunait très légèrement à midi. En revanche, il faisait, le soir, un repas très important, où il se bourrait de sauces, de charcuterie et de légumes indigestes, qui constituaient ses mets de prédilection. Il ne buvait point de vin pur, ayant cru remarquer que l'alcool lui était nuisible, mais quatre ou cinq verres d'eau rougie. Il sortait de table congestionné, anhélant, somnolent, se couchait de bonne heure, dormait d'un sommeil lourd, bourrelé de cauchemars, au cours duquel il se montrait fort agité, terrifiant sa jeune femme par des cris et des coups de poing qu'il distribuait dans ses rêves.

J'ai soigné ce malade pendant les mois de novembre, décembre 1897, et janvier 1898. Je n'ai ni augmenté ni diminué la dose de bromure qu'il prenait auparavant (3 grammes), je l'ai mis simplement à un régime alimentaire d'une grande sévérité, insistant tout particulièrement pour que le repas de midi fût plus important et celui du soir

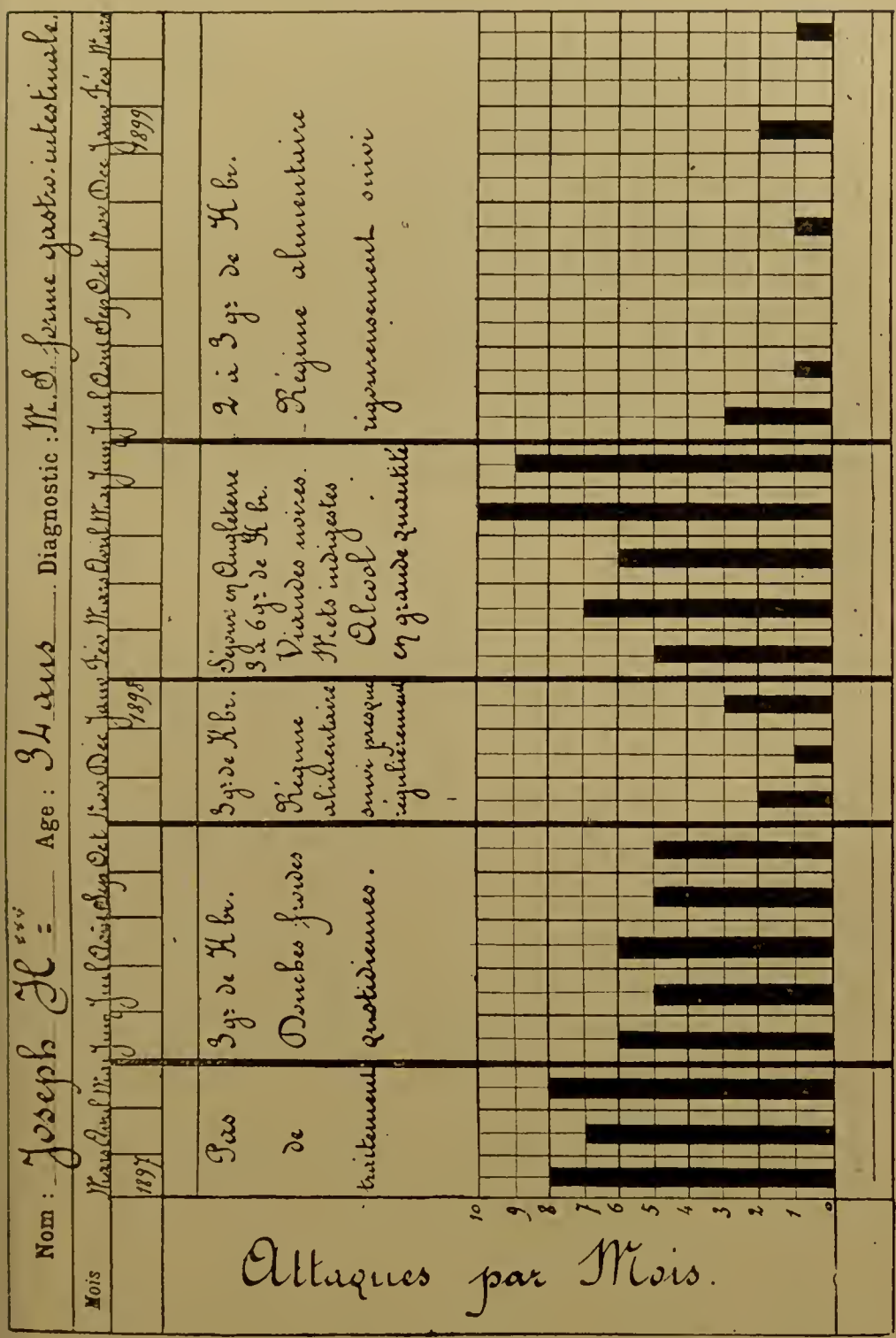

Nom : Joseph H...
Age : 34 ans
Diagnostic : M. O. forme gastro-intestinale.
Mois
1897
1898
1899
Pas de traitement
3 gr. de H br. Douches froides quotidiennes.
3 gr. de H br. Régime alimentaire suivi presque régulièrement
Sirop en Angleterre 3 à 6 gr. de H br. Viandes noires. Mets indigestes Alcool en grande quantité
2 à 3 gr. de H br. Régime alimentaire régulièrement suivi
Attaques par Mois.

Fig. 30.

plus léger. Suppression complète de l'alcool, du vin et de toutes boissons fermentées. Injections salines et étincelles statiques deux fois par semaine. L'amélioration est immédiate.

En novembre, deux attaques.

En décembre, une attaque.

En janvier, trois attaques.

A la fin de janvier, le malade part pour l'Angleterre, où ses occupations l'appellent. Là, il ne tarde pas à se départir du régime, à manger d'indigestes puddings, à assaisonner de pickles tous ses aliments, et à boire force tasses de thé ou de l'eau vigoureusement aromatisée de whisky.

Il se reprit à digérer malaisément et ses attaques augmentèrent, jusqu'à huit et dix par mois; pourtant sa femme lui donnait 5 à 6 grammes de bromure.

Au mois de juin, sous l'influence de la maladie et du médicament, il avait atteint un tel degré d'abêtissement et d'obnubilation intellectuelle, qu'il lui fallut abandonner les travaux commencés, et rentrer en France. De lui-même il se remit à son régime rigoureux, et bientôt il lui suffit de 3 ou même de 2 grammes de bromure, pour que se déclarât et se maintînt l'amélioration la plus manifeste.

En juillet, trois attaques.

En août, une attaque.

En septembre, néant.

En octobre, néant.

En novembre, une attaque.

En décembre, néant.
En janvier, deux attaques.
En février, néant.
En mars, une attaque.

Pas d'autre traitement que le régime, le bromure, et trois bains salés par semaine. En novembre 1897, quand je l'avais examiné pour la première fois, j'avais constaté chez lui une dilatation extrêmement marquée de l'estomac. La tension artérielle était basse, les urines pauvres en urée et riches en acide urique. Il y avait de l'indican, indice des putréfactions intestinales.

Voici donc un malade qui, prenant à peu près toujours la même dose de bromure, a vu ses attaques, fréquemment accompagnées de vomissements alimentaires, se raréfier de la manière la plus nette sous l'influence d'un régime rationnel, et s'accroître, au contraire, en nombre et en intensité quand il buvait de l'alcool ou simplement se nourrissait d'aliments indigestes. Il suffit de jeter un coup d'œil sur le tracé, pour se convaincre de l'importance de l'hygiène alimentaire dans le traitement de certaines formes de mal sacré.

Observation XIII (*Personnelle*).

Charlotte F..., 18 ans.
Son mal débute à l'âge de 15 ans (août 1896)

dans les conditions suivantes. Étant à la campagne, par une chaleur accablante, elle ressentit en même temps quelques troubles dyspeptiques et les premiers symptômes du mal comitial (bourdonnements d'oreilles de nature épileptique)[1]. Arrivée depuis un mois dans le Berri, elle avait été prise de fringales et mangeait en quantité démesurée du pain bis frais. Gonflement de l'estomac après les repas, accompagné de ballonnement du ventre, de congestion de la face et de somnolence; un peu de diarrhée noire fétide. Première attaque convulsive en septembre 96, au cours d'une digestion pénible. Deux années se passent sans accidents. Seconde crise le 27 août 1898, troisième le 29. Deux crises en octobre, deux crises en novembre, deux crises en décembre, deux en janvier 1898, au lendemain desquelles la malade vient me consulter.

Congestion habituelle de la face, haleine bromurée (la malade prend 4 grammes par jour), extrême dilatation de l'estomac, fermentations anormales dans l'estomac et dans l'intestin, foie gros.

Charlotte F... est soumise au traitement suivant : régime alimentaire comme plus haut; 3 grammes de bromure le soir au moment du coucher; grand lavage de l'intestin le matin au réveil. Deux fois par semaine massage de l'estomac et injections de 5 à 10 cent. cubes de sérum artificiel. A partir de ce moment, elle n'a plus qu'une seule crise convulsive

1. Voir l'observation complète, p. 174.

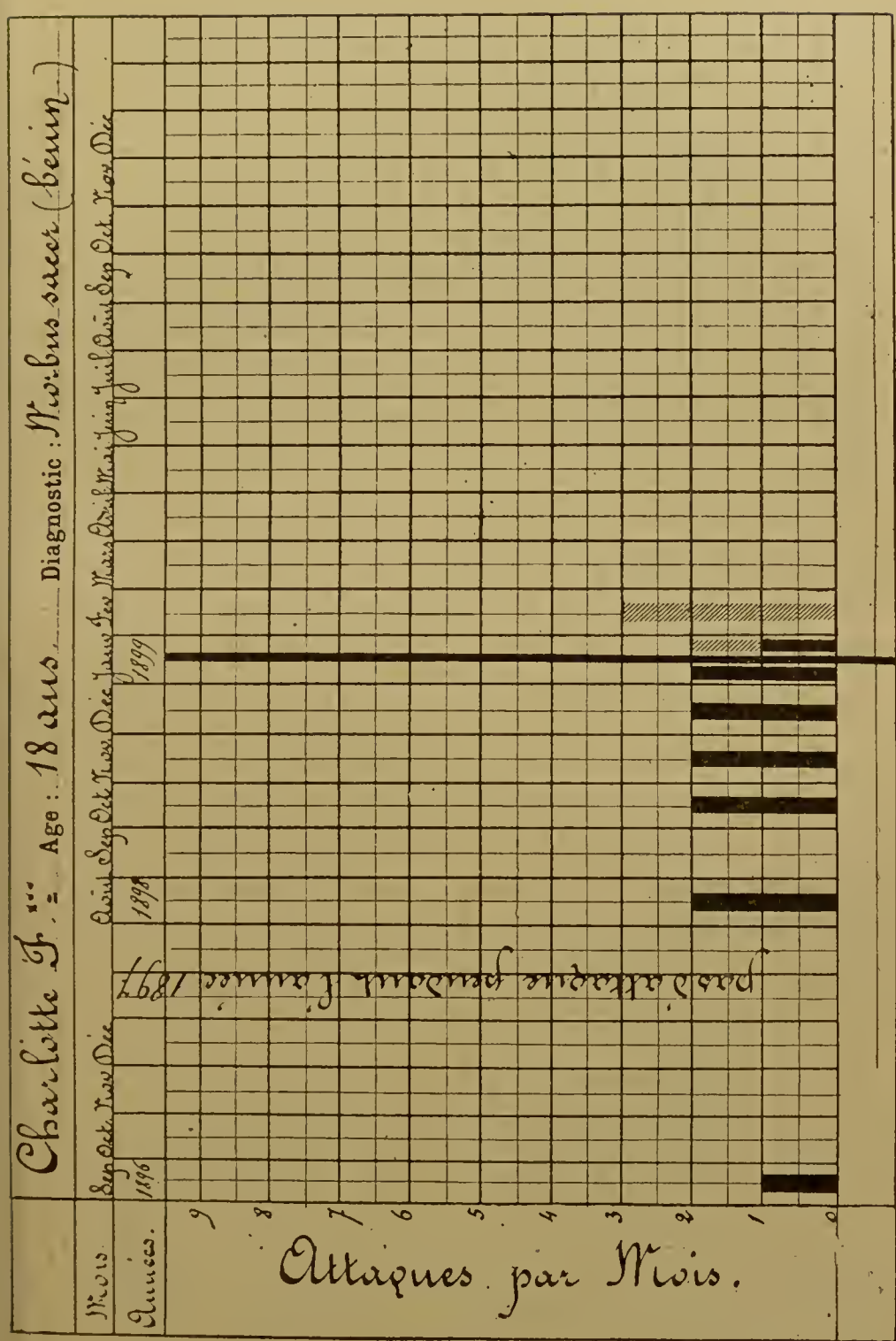

Charlotte F.
Age : 18 ans
Diagnostic : Morbus sacer (bénin)
Mois
Années
Sep Oct Nov Déc
1896
Avril Sep Oct Nov Déc Janv Fév Mars Avril Mai Juin Juil Août Sep Oct Nov Déc
1897
1898
1899
Pas d'attaque pendant l'année 1897
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
Attaques par Mois.

Fig. 31.

le 8 janvier. Le 11, attaque réduite à l'aura. Le 5 février, le 28 février, simples velléités de crise n'aboutissant pas aux phénomènes convulsifs.

La malade a été vue deux fois par semaine du commencement de janvier au milieu de mars, du milieu de mars au milieu d'avril, deux consultations seulement. A dater de ce jour, elle n'a pris qu'un gramme de bromure le soir en se couchant; elle a continué son régime alimentaire; elle n'a fait que plus rarement ses lavages de l'intestin.

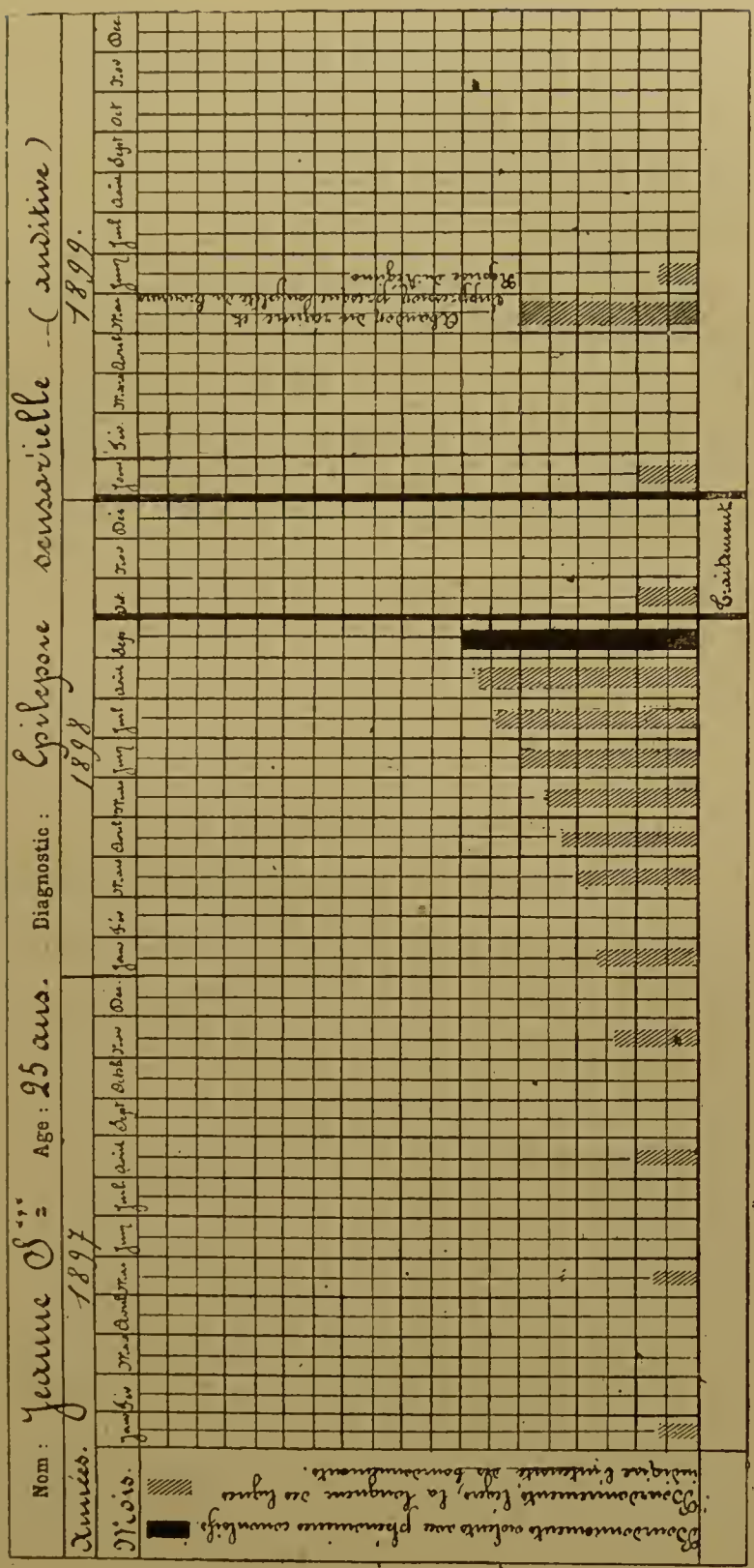
En somme, Charlotte F..., en dépit d'une dose assez considérable de bromure, avait eu, du 20 août 1898 au 5 janvier 1899, six attaques manifestement comitiales, dont l'intensité allait chaque fois s'aggravant. A partir du jour où elle a été soumise à un régime alimentaire sévère, aux massages de l'estomac, aux lavages de l'intestin et aux injections de sérum, il lui a suffi d'une dose tout à fait minime de bromure (3 grammes, puis 2 grammes, puis 1 gramme), pour s'améliorer d'une façon durable comme le montre le graphique ci-devant.

Observation XIV (*Personnelle*).

Jeanne S..., 25 ans. Elle est prise, en janvier 1897, de phénomènes d'épilepsie sensorielle auditive[1].

Les crises qui la constituent, se rapprochent en

1. Voir l'observation complète p. 181.


Nom : Jeanne O'''
Age : 25 ans.
Diagnostic : Epilepsie sensorielle (auditive)
Années.
1897
1898
1899
Mois.
Janv. Fév. Mars Avril Mai Juin Juil. Août Sept. Oct. Nov. Déc.
Bromure de potassium
Bromure de potassium, la dangereuse de bromisme.
Bromure de potassium, la dangereuse de bromisme.
Bromure de potassium, la dangereuse de bromisme.

augmentant d'intensité, comme l'indique le graphique ci-contre, jusqu'au jeudi 1er septembre 1898. Ce jour-là, de purement sensorielle qu'elle était, la crise devient nettement convulsive.

Je vois la malade huit jours après. Facies pâle, teint brouillé, langue sale, estomac extrêmement dilaté : le phonendoscope de Bianchi montre que sa pointe inférieure descend à 4 ou 5 centimètres du pubis; il gargouille fortement à la percussion. Les parois de l'intestin sont molles et distendues par des gaz; alternatives de constipation et de garde-robes semi-liquides, noires et fétides. Le foie est un peu gros. L'urine contient de l'indican ; le coefficient des oxydations est inférieur à la normale, excès d'acide urique par rapport à l'urée.

Le traitement suivant est institué :

Régime alimentaire comme ci-dessus. Massages de l'estomac et de la paroi abdominale. Laxatifs et lavages de l'intestin. Deux grammes de bromure par jour, 3 grammes au moment des époques. Deux fois par semaine, injections de 3 à 5 centimètres cubes de sérum artificiel de Chéron.

En peu de jours, la tension artérielle est montée de 11 à 17 c. de Hg. ; la malade a recouvré de l'appétit et de l'entrain, son estomac est revenu sur lui-même et l'intestin a repris sa tonicité. Plus de congestion de la face après les repas ; le foie reprend son volume normal. Dès lors, l'amélioration s'est comportée comme l'indique le graphique. Au mois de mai 1899, quelques jours après une contrariété

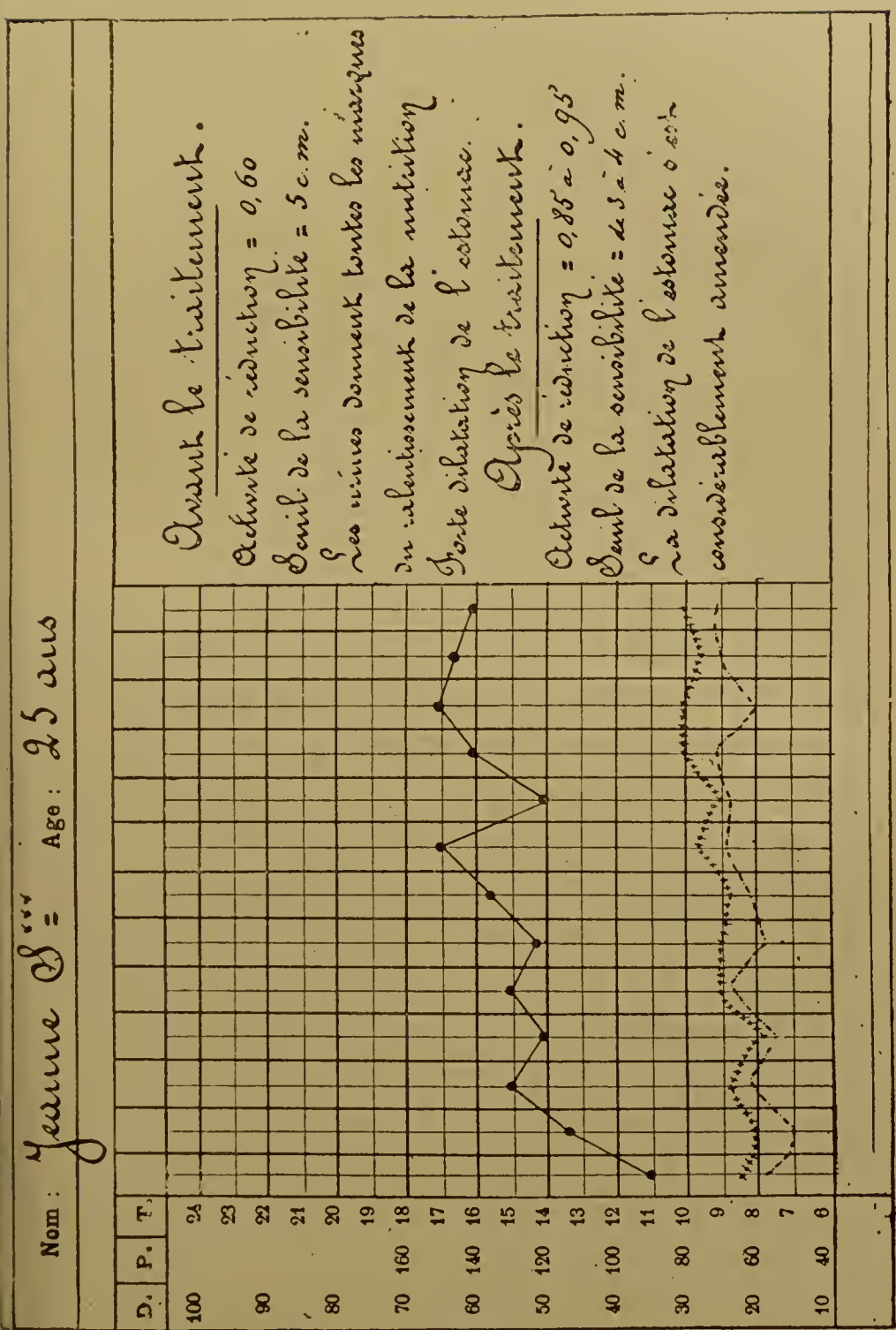

Nom : Jeanne S...
Age : 25 ans
D. P. T.
Avant le traitement.
Activité de réduction = 0,60
Seuil de la sensibilité = 5 c.m.
Les urines donnent toutes les marques
du ralentissement de la nutrition
Forte dilatation de l'estomac.
Après le traitement.
Activité de réduction = 0,85 à 0,95
Seuil de la sensibilité = de 3 à 4 c.m.
La dilatation de l'estomac s'est
considérablement amendée.

Fig. 33.

vive, à un moment où elle ne prenait pour ainsi dire plus de bromure et où elle s'était relâchée des sévérités de son régime, Jeanne S... a eu de nouveau un accès d'assez forts bourdonnements d'oreilles, mais sans phénomènes moteurs. Le mois suivant, autre accès de bourdonnements extrêmement légers. Et depuis lors, plus rien.

Observation II (*Personnelle*).

Pierre E..., 11 ans.

Fils d'un père alcoolique et tuberculeux, Pierre E... a eu des convulsions dans la première enfance, la rougeole à trois ans, la scarlatine à cinq. Son frère est franchement épileptique ; lui a surtout des crises de fureur qui paraissent bien être de nature comitiale. Ce diagnostic a été confirmé par l'effet salutaire de la thérapeutique ci-après.

Régime alimentaire comme ci-dessus : quatre grammes de bromure par jour, puis bientôt deux grammes seulement.

Laxatifs légers fréquemment répétés.

Sous l'influence de ce traitement, l'enfant, dont la vie se passait en querelles, en vagabondages, et en accès invraisemblables de fureur, vit cet ensemble symptomatique se modifier profondément[1].

1. Voir l'observation complète à la fin, p. 213.

§ C. — EFFETS DU RÉGIME LACTÉ ET LACTO-VÉGÉTARIEN

Parlant du régime lacté, M. Ch. Féré dit qu'on ne saurait trop le recommander aux épileptiques.

Au siècle dernier, Tissot, qui fut certes un observateur remarquable et un médecin éminent, en parle dans des termes qui gardent aujourd'hui encore toute leur force et toute leur saveur.

« La nécessité d'éviter tous les aliments qui ont quelque âcreté, et de se borner à ceux qui sont les plus doux et les moins propres à irriter, indique le lait comme une nourriture très convenable aux épileptiques, et il est fâcheux qu'il n'ait pas été essayé plus souvent; on les tourmente cruellement en leur faisant avaler des tas de remèdes insipides et inutiles; on aigrit leur mal en leur donnant des remèdes chauds, des élixirs, des vins médicamenteux, des pilules fétides, et en leur défendant tout ce qui pourrait les calmer, au lieu qu'on les guérirait par la privation de tous ces remèdes et l'usage des adoucissants et surtout du lait[1]... »

1. Tissot, *loc. cit.*, p. 373.

Cinquante ans avant lui, Cheyne[1] écrivait du régime des comitiaux : « L'on ne guérit point, sans une grande sobriété et beaucoup d'attention à éviter tous les aliments qui ont la moindre âcreté, et à ne vivre que de ce qu'il y a de plus doux ; le régime, avec un petit nombre de remèdes doux, a souvent mieux réussi que tous les remèdes des pharmaciens ensemble, et l'exemple d'un célèbre médecin de Croyden, mort récemment, est bien remarquable. Il était depuis longtemps sujet à l'épilepsie, et il était souvent tombé de cheval par un accès, en allant voir ses malades ; il avait épuisé tous les conseils des médecins et tous les secours de la médecine (ainsi qu'il me l'a dit lui-même) sans en retirer aucun soulagement ; mais il remarqua peu à peu que plus ses aliments étaient légers, et plus ses accès étaient faibles ; ensuite, il renonça à toute autre boisson que l'eau pure, et les accès devinrent toujours moins violents et plus rares ; enfin, trouvant par degrés que la maladie diminuait à mesure qu'il lui fournissait moins d'aliments, il ne vécut plus que de végétaux et d'eau, ce qui termina entièrement les accès ; mais ce régime étant un peu flatueux pour lui, après plusieurs essais, il se fixa à deux quarts de lait de vache par jour, une pinte à déjeuner, une pinte à souper, et un quart à dîner[2], sans poisson, sans viande, sans pain, en un mot sans

1. Cheyne, *An essay on the Gout*, etc. Londres, 1724, p. 103.
2. Soit, en poids de France, 64 onces ou 4 livres dans la journée (Traduction de Tissot).

quoi que ce soit d'autre que de l'eau fraîche. Pendant les quatorze ans qu'il vécut, depuis ce régime, il n'éprouva aucune altération dans sa santé, sa force ou sa vigueur... Si l'on réfléchit que toutes les maladies de nerfs sont des branches du même arbre, on comprendra, par cette observation, quels effets étonnants on peut espérer, dans les maux de cette espèce, d'un régime et d'une diète ordonnés avec sagesse et exécutés avec courage... »

Et Tissot, après avoir cité cette page vraiment admirable, ajoute ceci : « J'ai employé très souvent le lait dans les maladies nerveuses, et dans l'épilepsie même, avec le plus grand succès. J'ai vu un homme pauvre et épileptique, à qui je ne donnai d'autre conseil que celui de ne manger ni lard, ni fromage, et de ne boire ni vin, ni eau-de-vie, mais de manger le soir et le matin une soupe au lait ou au petit-lait, et dont les accès, qui revenaient auparavant sept ou huit fois par mois, ne sont revenus que deux fois dans sept mois... »

J'ai tenu à citer tout au long ces deux pages de Cheyne et de Tissot, parce que nous allons retrouver dans les observations qui vont suivre les analogies les plus frappantes entre les faits cliniques observés par nous à la fin du XIXe siècle, et ceux que relataient deux médecins, l'un en Angleterre et l'autre en France, au commencement et vers la fin du siècle dernier.

Observation IV (*Personnelle*).

François V...[1], 51 ans, commis de banque. Le 4 janvier 1899, François V... m'est amené pour des attaques fréquemment répétées de petit mal épileptique. Depuis le 18 novembre 1898, il est sujet à des absences très marquées, d'intensité progressive, et qui débutent ainsi, dans l'âge mûr, sans cause appréciable.

On voit, sur la figure ci-après, les attaques se multiplier sans traitement jusqu'au 20 décembre, et, plus encore, en dépit de 3 à 5 grammes de bromure par jour, jusqu'au 4 janvier 1899. A ce moment, je supprime les aliments de digestion difficile, l'alcool sous toutes ses formes, le vin et notamment les vins médicamenteux dont il faisait abus. Comme il est très affecté par la récente multiplicité de ses attaques, il promet de se soumettre au régime, et le suit en effet avec fidélité. La pression artérielle se détend un peu; le malade, au lieu de vingt crises en neuf jours, n'en a que douze, mais, en somme, l'amélioration n'est pas extrêmement sensible.

Le 8 ou le 9 janvier, comme je l'interroge sur certains de ses antécédents, sa femme et lui sont amenés à me raconter que depuis cinq ou six ans il est devenu singulièrement frileux, qu'en hiver il a quelquefois le phénomène dit « du doigt mort »

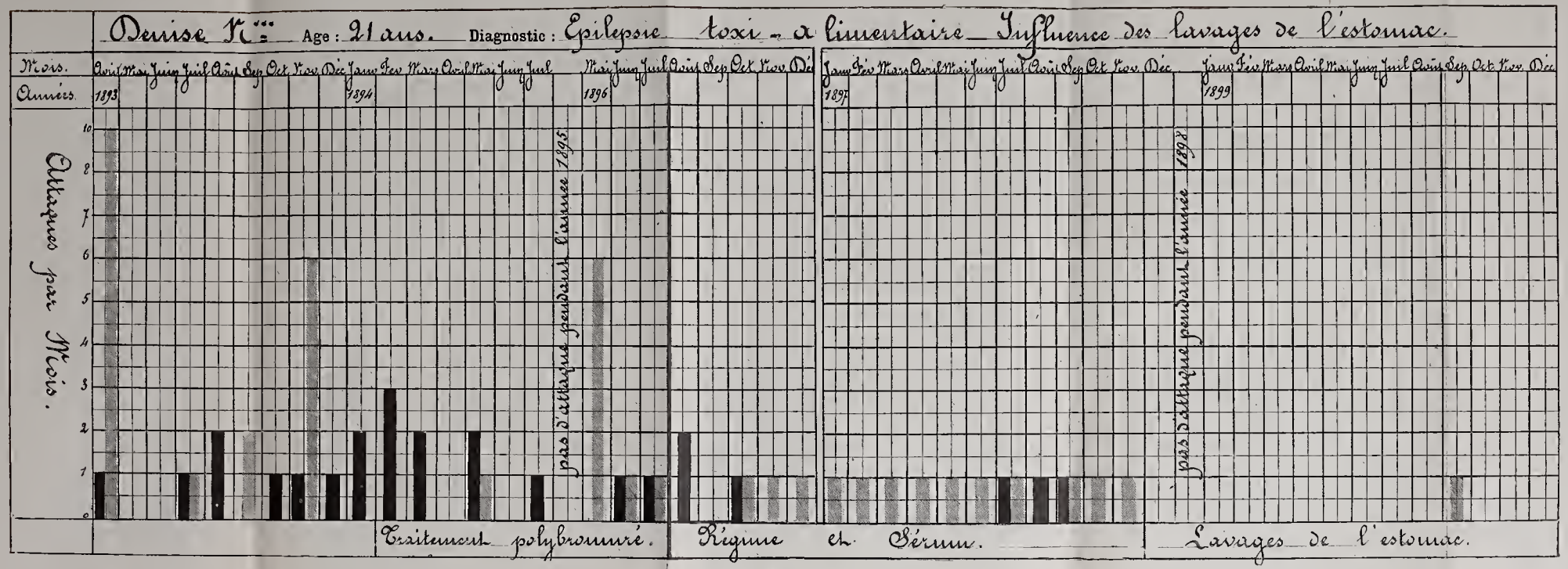

Denise K... Age : 21 ans. Diagnostic : Epilepsie toxi-alimentaire Influence des lavages de l'estomac.
Mois.
Années
1893
1894
1895
1896
1897
1898
1899
Attaques par Mois.
pas d'attaque pendant l'année 1895
pas d'attaque pendant l'année 1898
Traitement polybromuré.
Régime et Sérum.
Lavages de l'estomac.

Fig. 37.

avec des fourmillements dans les membres et de fréquentes démangeaisons à la peau; en même temps, il était pris d'une véritable gloutonnerie, mangeait beaucoup, buvait sec pour se soutenir, et cependant sentait ses jambes devenir molles et pesantes. D'autre part, ses idées semblaient plus confuses, et il les exprimait moins bien, comme si sa langue s'était empâtée.

C'étaient là des symptômes évidents de petit brightisme; je fis faire une analyse qui révéla, pour 750 grammes d'urine en vingt-quatre heures, 70 centigrammes d'albumine.

François V... consentit tout de suite à se mettre au régime lacté intégral, qui produisit, à peu près immédiatement, une amélioration dont on peut se faire une idée suffisante en consultant le graphique ci-devant et le tableau synoptique ci-après.

Effets comparés du régime lacté chez François V...

DATES.	DOSES DE Kbr.	RÉGIME.	NOMBRE des ACCÈS.
	gr.		
Du 25 décembre au 4 janvier.	2 à 5	Apéritifs. Vins toniques.	20 attaques.
Du 4 au 13 janvier. .	8	Régime sec, suppression de l'alcool.	12 attaques.
Du 13 au 22 janvier.	1	Lacté exclusif.	5 attaques.
Du 22 au 31 janvier.	1	Lacté exclusif.	3 attaques.
Du 31 au 9 février. .	1	Lacté exclusif.	1 attaque.
Du 9 au 17 février. .	1	Lacté exclusif.	1 attaque.

Observation XV (*Personnelle*).

Marc J..., 31 ans.

Antécédents héréditaires : Père sujet à de violentes colères ; mère franchement hystérique.

Antécédents personnels : Pas de convulsions dans la première enfance. Vers l'âge de 10 ans, il est pris de mouvements nerveux, de secousses dans l'une et l'autre main ; dans les moments où il est ainsi, il laisse choir tout ce qu'il tient. Ce phénomène va s'accentuant jusqu'au jour où éclate la première grande attaque convulsive, et disparaît après.

Vers l'âge de 13 ans, il était à l'église Saint-Sulpice, et priait à genoux, quand il fut pris de violentes secousses dans les bras, puis de contractions musculaires qui le courbaient à terre.

C'était le jour de Pâques à 6 heures du matin, et le malade, à jeun, allait communier. Il se souvient alors qu'une dame lui parla pour lui conseiller de s'asseoir, mais une secousse plus forte le jeta par terre, et il tomba en proie à une grande attaque de haut mal. Il se retrouva sous le porche de l'église, avec une forte plaie contuse à la tête ; il avait perdu tout souvenir de ce qui s'était passé.

Actuellement encore, Marc J... a la figure couturée de cicatrices, vestiges des contusions, des

brûlures et des coupures qu'il s'est faites en tombant.

Il rentra au collège après les vacances de Pâques, et n'eut que deux attaques entre le mois d'avril et le mois de décembre. Réveillé en sursaut pour la messe de minuit, il eut encore, à l'église, une grande attaque comitiale; le lendemain, les Pères Jésuites le rendirent à sa famille.

Les années suivantes, 1881, 1882, 1883, 1884, le mal augmenta d'une manière continue; il finit par avoir de 20 à 30 crises par an, crises très violentes au cours desquelles il se broyait la langue, et parfois se cassait les dents. Puis son état s'améliora notablement de 1887 à 1892, années qu'il passa à la campagne, menant la vie des champs, se nourrissant avec sobriété et faisant beaucoup d'exercice; le malade n'a eu que deux ou trois crises par an.

En 1893, à l'âge de 26 ans, il est revenu à Paris, et, de nouveau, son état a considérablement empiré. De décembre 1897 à décembre 1898, il a eu quarante-six accès convulsifs, peut-être un peu moins violents qu'autrefois; il prend pourtant de 4 à 6 grammes de bromure par jour. Marc J..., qui a pu travailler un peu pendant qu'il habitait la campagne, et qui a passé avec succès ses deux baccalauréats, me parle de sa maladie avec assez d'intelligence et de discernement, le premier jour que je le vois, au commencement de décembre 1898. Il a fait sur lui-même un certain nombre d'observa-

tions qui ne sont pas sans intérêt : c'est ainsi qu'il a remarqué que les digestions pénibles, l'ingestion de choses indigestes et la constipation le prédisposaient manifestement aux attaques. Il a toujours la bouche mauvaise, le ventre ballonné, l'estomac clapotant, quand il est en imminence d'accès. A quelque moment que ce soit, il lui suffit de boire un verre de bière dans l'après-midi, ou, le soir, de prendre une glace, pour avoir infailliblement une crise le lendemain à son réveil. Quand l'approche du paroxysme commence à se faire sentir, il devient sombre, farouche, prend prétexte de tout pour se mettre en colère. Si, dans ces moments-là, il s'avise de voir une femme, il se sent très heureusement détendu; il prétend que son excitation nerveuse y trouve son compte, et que le coït, en l'assouvissant, lui épargne souvent une crise. Le fait est que l'acte sexuel et l'attaque lui procurent, à peu près au même degré, le sentiment d'allégement et de bien-être qui indique chez lui le retour à la normale. Ses convulsions, qui cependant sont assez violentes (beaucoup moins fortes pourtant qu'il y a douze ou quinze ans), ne le laissent point en état de grande fatigue, et ne sont du reste suivies que d'une période extrêmement courte de sommeil.

L'examen du malade révèle une dilatation tout à fait prononcée de l'estomac et du gros intestin, avec assez notable augmentation de volume du foie. L'urine contient de l'indican. Pendant trois mois,

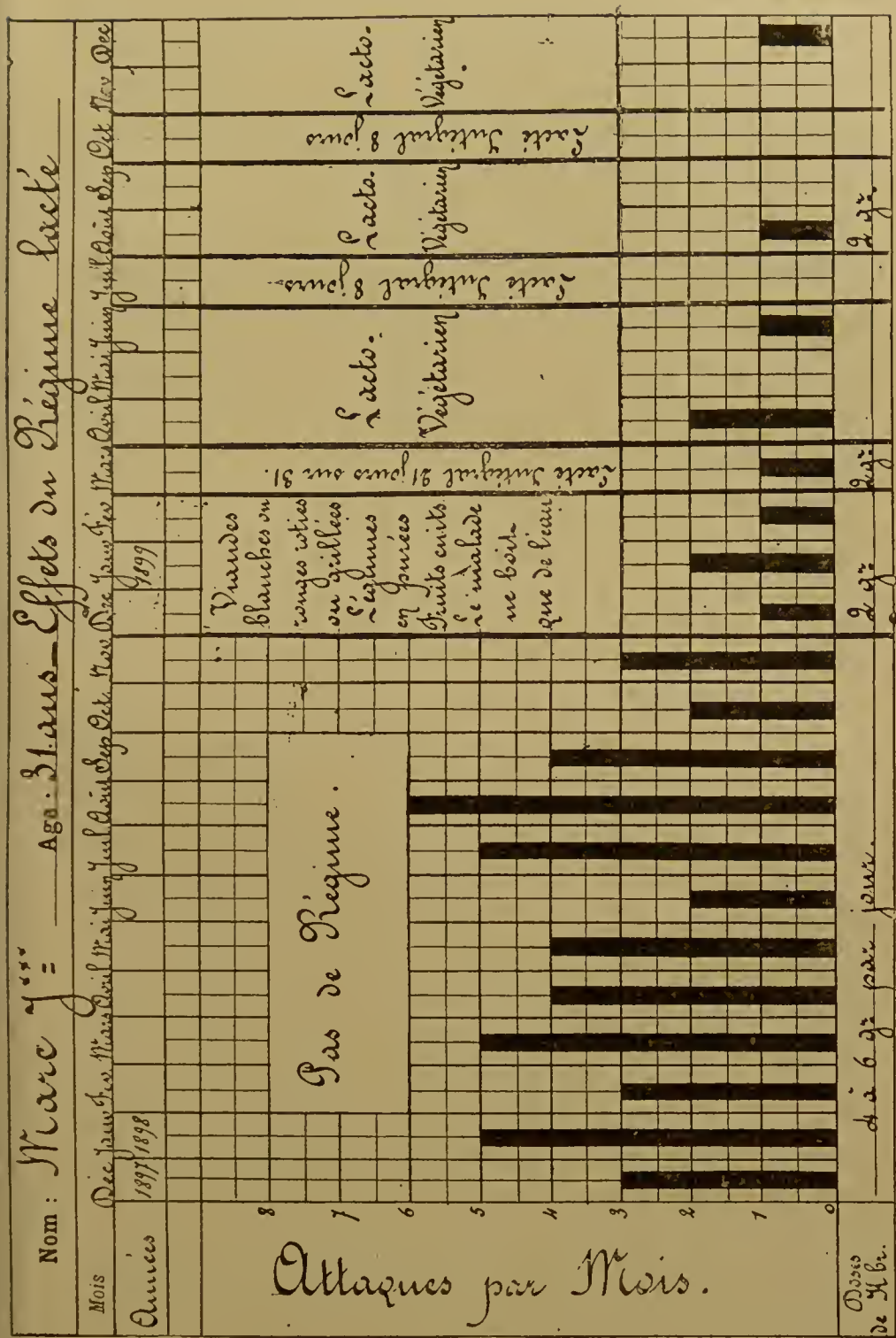

Nom : Marc Y***
Age : 31 ans
Effets du Régime lacté
Mois
Années
1897
1898
1899
Pas de Régime.
Viandes blanches ou rouges rôties ou grillées
Légumes en purées
Fruits cuits
Le malade ne boit que de l'eau
Lacté Intégral 21 jours sur 31.
Lacté Intégral 8 jours
Lacté Intégral 8 jours
Lacto-Végétarien
Lacto-Végétarien
Lacto-Végétarien
Lacto-Végétarien
Attaques par Mois.
Doses de Hbr.
4 à 6 gr par jour
2 gr
2 gr
2 gr

Fig. 35.

décembre 1898, janvier et février 1899, le malade est mis à un régime alimentaire ainsi conçu : ne boire que de l'eau, et n'en boire qu'en dehors des heures de la digestion ; œufs, poissons légers grillés ou bouillis, viandes blanches et rouges grillées ou rôties, plutôt un peu cuites, en quantité modérée ; légumes secs et légumes verts en purées ; gâteaux secs et fruits cuits. Trois fois par semaine une injection de sérum. Le bromure est diminué de 4 à 2 grammes.

Le résultat est le suivant :

En décembre, une attaque.

En janvier, deux attaques (au lendemain de deux dîners en ville).

En février, une attaque.

Pendant les trois premières semaines de mars, Marc J... consent à se mettre au régime lacté intégral : le second jour, il a une attaque assez forte, coïncidant avec une diarrhée fétide extrêmement profuse. Le lendemain il se met à uriner beaucoup plus que de coutume. Tout le reste du mois de mars s'est extrêmement bien passé.

Avril, mai, juin, au régime lacto-végétarien, d'où sont exclus tous les légumes indigestes (haricots verts et secs, asperges, choux de Bruxelles, choux, choux-fleurs, oseille, tomates, etc.).

Deux attaques en avril, dont l'une après une soirée passée à l'Opéra. Marc J... a souvent des attaques quand il se couche tard.

Rien en mai.

Une attaque en juin.

En juillet, huit jours de lacté intégral : pas de crise.

En août et en septembre, lacto-végétarien : une attaque en août et rien en septembre.

En octobre, huit jours de lacté absolu : pas d'attaque.

En novembre, pas d'attaque.

En décembre, une attaque (ces deux mois au régime mixte).

L'heureux effet du régime lacté me paraît ici manifeste. Chez un ou deux autres malades, je l'ai vu moins bien réussir; mais cela tient sans doute à ce que l'un et l'autre de ces épileptiques buvaient leur lait à contre-cœur, sans méthode, et le digéraient mal.

L'alimentation lactée ne saurait être bienfaisante qu'à la condition expresse d'être bien digérée.

Tel malade dont l'estomac n'est, si j'ose le dire, qu'une fabrique de fromage, voit tout son organisme empoisonné par l'excès de la fermentation lactique. Dans ces cas-là le lait ballonne, provoque de l'essoufflement et donne, lui aussi, de la dyspnée toxi-alimentaire.

Instruit par plus d'expérience, j'ai appris à faire tolérer le lait par les estomacs en apparence les plus rebelles, au moins pour le temps nécessaire à un nettoyage de l'organisme, à un lavage du sang, qu'il est, je crois bien, plus utile de renouveler fréquemment que de prolonger indéfiniment.

Marc J..., dont l'épilepsie n'était pas bénigne, comme en témoignent les cicatrices dont son visage est labouré, n'a certes pas été guéri par la diète lacto-végétarienne. Pourtant, tandis qu'il avait eu quarante-six attaques du 1er décembre 1897 au 30 novembre 1898, il n'en a eu que dix du 1er décembre 1898 au 30 novembre 1899. Or pendant les douze premiers mois, il prenait, un peu à tort et à travers, de 4 à 6 grammes de Kbr. Il n'en a pris que 2 pendant les douze derniers mois. Il faut donc, en bonne justice, attribuer à l'hygiène cette sensible amélioration.

Observation XVI (*Personnelle*).

Frédéric R...[1], 41 ans, avocat.

Né d'un père probablement syphilitique et d'une mère mystique, Frédéric R... a des convulsions au moment de la dentition. Le premier symptôme d'épilepsie ne survient qu'à l'âge de 24 ans; après un dîner copieux, il roule dans un escalier, en proie à une grande attaque comitiale. Dès lors les crises se reproduisent toutes les trois semaines, puis tous les huit jours, puis trois fois par semaine. Charcot lui ordonne du polybromure et de l'hydrothérapie et l'envoie habiter à 600 mètres d'altitude. Amélioration sensible.

1. Voir l'observation complète à la fin du volume.

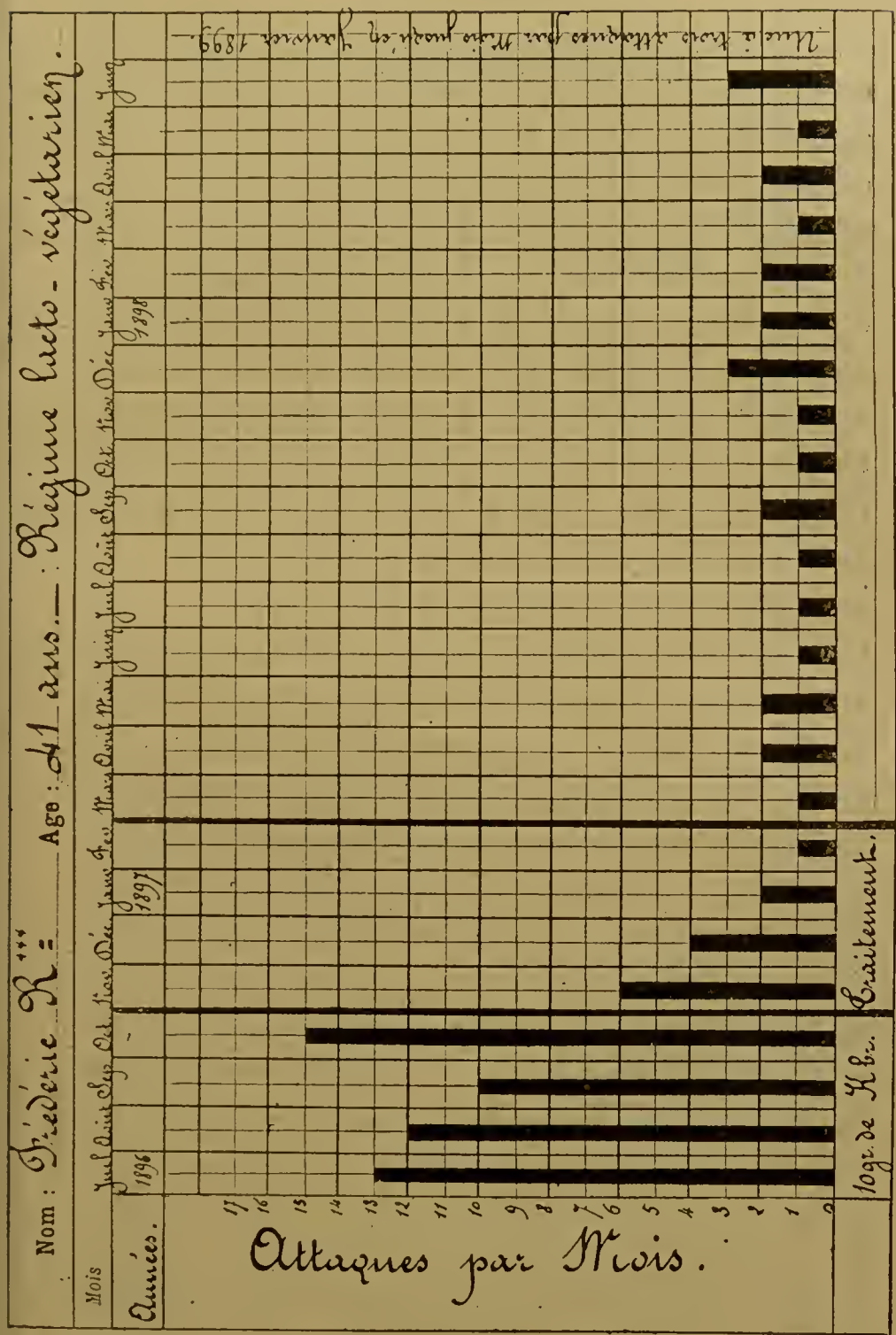

Nom : Frédéric R***
Age : 41 ans. — Régime lacto-végétarien.
Mois
Années.
1896
1897
1898
Attaques par Mois.
10 gr. de K br.
Traitement.

Fig. 36.

A l'âge de 30 ans (1885), n'ayant plus que des crises très espacées, il se marie, néglige de prendre du bromure, et est repris de violents phénomènes convulsifs. Légère amélioration après une nouvelle consultation (Charcot, novembre 1887). Mais en 1894 et 1895, recrudescence du mal, causée par des habitudes d'intempérance que Frédéric R... commence à prendre.

Je le vois le 22 octobre 1896 : stigmates physiques et mentaux de dégénérescence ; urine d'un ralenti de la nutrition, notable quantité d'indican. Le malade est mis au régime alimentaire précédemment indiqué. Il prend 10 grammes de bromure, ce qui était sa dose habituelle depuis deux ou trois mois. En novembre, il n'a que six attaques au lieu de treize ou quinze. Les convulsions demeurent à peu près aussi violentes qu'auparavant.

J'ajoute au traitement de légers purgatifs salins, 20 centigrammes par jour de valérianate de caféine, et je le mets au lacté exclusif jusqu'au 30 décembre. En décembre, 4 attaques seulement, un peu moins longues et moins fortes. L'urine passe de 1100 à 2000 grammes. En janvier, régime lacto-végétarien et injections de solutions salines : deux attaques seulement, beaucoup moins fortes que par le passé. Depuis les injections de sérum, il suffit de donner au malade 3 grammes de bromure au lieu de 10, pour le maintenir sur les confins de la saturation bromique ; et désormais Frédéric R... n'a plus que une ou deux attaques par mois. Il a la sagesse de

se maintenir au régime lacto-végétarien. Sa mère me donne de ses nouvelles tous les trois mois, jusqu'au 1er janvier 1899, époque où je perds le malade de vue.

Le graphique (fig. 36) montre que l'amélioration s'est à peu près maintenue.

§ D. — EFFETS COMPLÉMENTAIRES DES LAVAGES DE L'ESTOMAC

Dans un certain nombre de cas, où il semble pourtant que le mal soit bien sous la dépendance d'un mauvais fonctionnement du tube digestif, il arrive que la suppression de l'alcool, le régime des viandes grillées et des légumes en purée, ou même que le régime lacté, ne suffisent pas à déblayer complètement l''organisme des [matériaux nuisibles élaborés par l'estomac et l'intestin.

En pareilles circonstances, j'ai volontiers recours aux lavages de l'estomac. Ils ont le double avantage d'atténuer l'odeur bromurée de l'haleine, et d'empêcher la stagnation dans l'estomac de déchets de la digestion, dont l'effet toxique sur les centres nerveux ne saurait être mis en doute.

On trouvera, dans les deux observations ci-après, deux exemples bien nets de l'effet salutaire de cette médication médiocrement agréable au début, mais à laquelle les malades s'habituent vite, et dont ils peuvent prolonger eux-mêmes l'usage, sans le secours d'un médecin.

Observation XVII (*Personnelle*).

Denise N...[1], 21 ans.

Épileptique depuis l'âge de 18 ans, Denise N... a été traitée une première fois par Charcot, qui l'a bromurée à très forte dose, et elle est restée un an et demi sans avoir d'attaques.

Le 25 mai 1896, à la fin du déjeuner, Denise N... est prise de bâillements, de gonflement de l'estomac, de congestion de la face, et elle a une absence, qui se répète tous les jours à la même heure pendant une semaine. En juin, une autre absence et une forte crise, le dernier jour des règles. Le 30 juillet, la malade, toujours après le déjeuner, est prise d'engourdissements, de somnolence, de bâillements incoercibles; le soir elle a une grande crise. Depuis la fin de mai, elle suit le traitement de Charcot qui lui avait si bien réussi; mais comme il est moins efficace qu'autrefois, elle vient me consulter le 5 août 1896. Langue très saburrale, haleine fortement bromurée, dilatation extrême de l'estomac et du gros intestin; constipation opiniâtre. Presque toujours au moment de la période menstruelle, tout l'ensemble de ces symptômes redouble d'intensité, et il est habituel de voir survenir, sur le ventre et à

1. Voir l'observation complète à la fin du volume.

la partie interne des cuisses, toute une éruption de pétéchies. Les garde-robes prennent en même temps une couleur noire et une odeur particulièrement fétide. Ce phénomène d'infection gastro-intestinale se renouvelle non seulement au moment des époques, mais encore à la veille de toutes les absences et de toutes les crises.

Étant donnée cette relation évidente entre le moment de la digestion et l'attaque, et, plus encore, entre l'état saburral de la langue, le clapotement de l'estomac, la surproduction de gaz dans l'intestin, et l'imminence de la crise, le traitement s'attacha surtout à combattre les phénomènes gastro-intestinaux et l'auto-intoxication consécutive.

De 12 grammes, la dose de Kbr. est abaissée à 6 grammes; tous les deux jours, injection de sérum, et bain statique avec étincelles. Bientôt il faut baisser la dose à 4 et 3 grammes par jour, pour maintenir la malade en deçà des limites de l'abrutissement bromuré.

Sous l'influence du régime alimentaire très rigoureusement suivi (voir le détail du régime à la p. 130), sous l'influence aussi des massages de l'estomac et de l'abdomen, on obtient la suppression presque complète des phénomènes de fermentations anormales et des selles fétides; les attaques s'espacent, comme l'indique la figure ci-contre.

D'octobre 1896 à juillet 1897, il y a une absence par mois au moment des règles; mais pas d'attaque convulsive; les deux dernières crises de grand mal

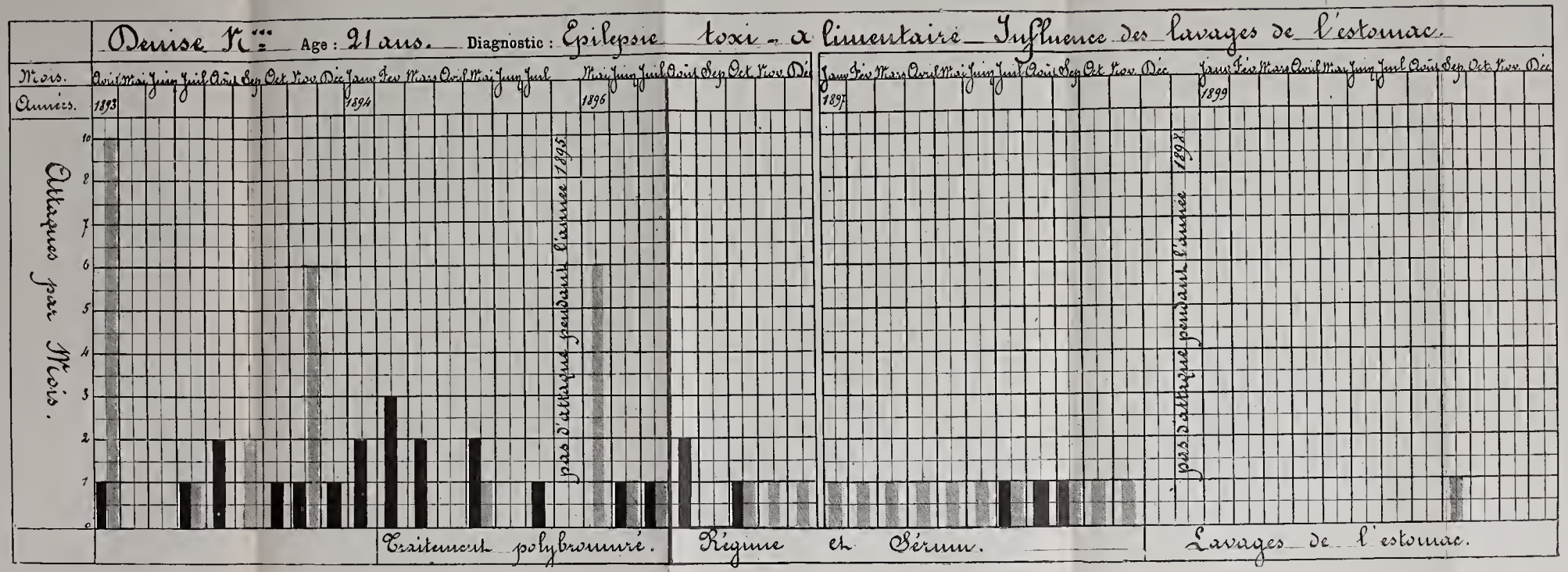

Denise K... Age : 21 ans. Diagnostic : Epilepsie toxi-calcaire. Influence des lavages de l'estomac.
Mois.
Années.
1893
1894
1895
1896
1897
1898
1899
Attaques par Mois.
pas d'attaque pendant l'année 1895
pas d'attaque pendant l'année 1898
Traitement polybromuré.
Régime et Sérum.
Lavages de l'estomac.

Fig. 37.

caduc datent l'une de juillet, l'autre de septembre 1897. Elles sont survenues l'une et l'autre après un dîner et une soirée dansante prolongée jusqu'au matin. A part ces deux accidents sérieux, la malade a toujours une absence, extrêmement bénigne d'ailleurs, au moment de ses règles ou immédiatement après; et ce vertige est invariablement précédé de troubles gastriques, bien moins intenses qu'autrefois, mais très fidèles à se reproduire. C'est alors (novembre 1897) que j'ajoute au traitement les lavages de l'estomac; ils sont pratiqués avec une décoction chaude de maté. Je les fais d'abord trois fois par semaine, puis la malade opère elle-même un lavage tous les matins. Et cette fois, le résultat est tout à fait décisif. De novembre 1897 jusqu'à ce jour (fin décembre 1899), la malade n'a eu qu'une absence, extrêmement légère, le 6 septembre 1899, après un fatigant voyage en chemin de fer, par un temps exceptionnellement chaud et orageux, à l'heure de la digestion.

De tels faits me paraissent avoir autant de précision et d'intérêt scientifique que bon nombre d'expériences de laboratoire. Ils ont en outre un intérêt pratique sur lequel il me paraît inutile d'insister.

Observation XVIII (*Personnelle*).

Pierre de V..., 23 ans, père bizarre et alcoolique, mère hystérique.

En 1886, à l'âge de 10 ans, le malade a eu de petites absences, toujours liées à des constipations. Environ une absence toutes les semaines. En 1893, une grande attaque convulsive qui le contraint à quitter le collège. On le met au traitement bromuré, 10 à 12 grammes par jour. Il subit sa cure d'une manière fort irrégulière parce que, à ce qu'il prétend, il a toujours le même nombre de crises, qu'il prenne ou non du Kbr. Cependant la grande attaque convulsive de 1893 est restée seule de son espèce; ses accès ordinaires ne sont que de fortes absences au cours desquelles P. de V... commet souvent des actes fort étranges[1]. Je vois le malade le 5 décembre 1898; il a eu quinze attaques en novembre et vingt-trois en octobre.

Facies extrêmement rouge, haleine fortement bromurée, langue très saburrale, surtout la veille des attaques. Dilatation de l'estomac très marquée, constipation habituelle, pression artérielle basse. Depuis un mois il absorbe 8 à 10 grammes de Kbr. tous les jours.

Traitement institué : régime alimentaire extrêmement sévère; suppression absolue du vin, des liqueurs et du cidre, dont P. de V... fait abus; 6 grammes de bromure par jour (2 à chacun des trois repas); laxatifs légers qui combattent heureusement la constipation; grands lavages de l'intestin à l'eau salée. Au bout de quelques jours, le ma-

1. Voir l'observation complète à la fin du volume.

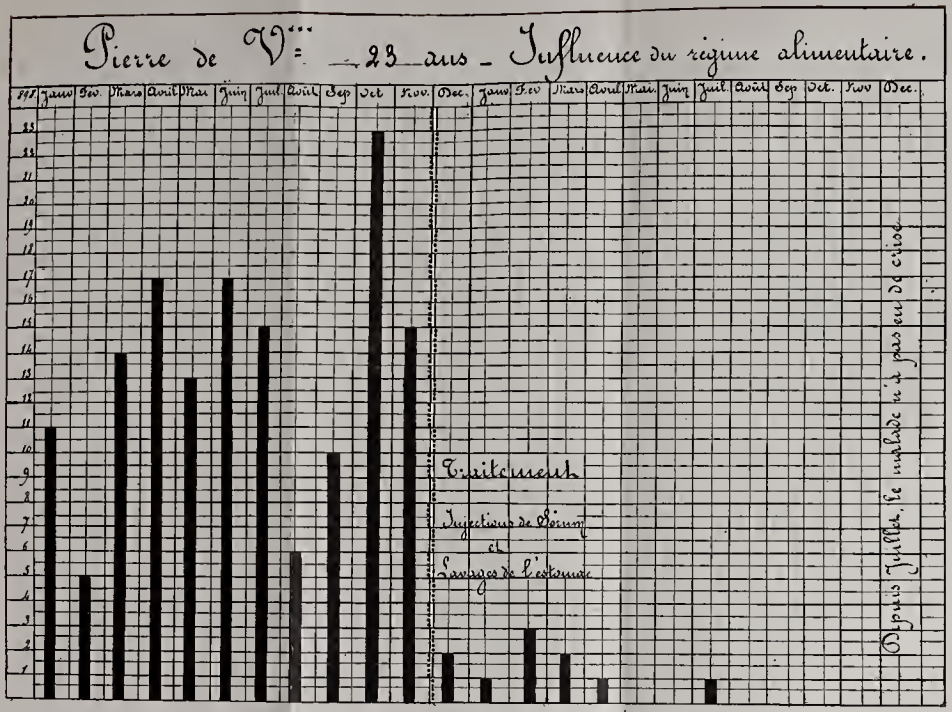

Pierre de Vve — 23 ans — Influence du régime alimentaire.
Jan. Fev. Mars Avril Mai Juin Juil. Août Sep. Oct. Nov. Dec. Jan. Fev. Mars Avril Mai Juin Juil. Août Sep. Oct. Nov. Dec.
Traitement
Injections de Sérum
et
Lavages de l'estomac
Depuis Juillet, le malade n'a pas eu de crise

Fig. 38.

lade ayant l'haleine bromurée à un degré très prononcé, je lui lave l'estomac trois fois par semaine avec une décoction chaude de maté. Bientôt il fait lui-même son lavage.

Amélioration très prompte au double point de vue du nombre des attaques, et de l'état d'esprit qui était fort obnubilé.

Le nombre des paroxysmes se raréfie dans la proportion que montre la figure ci-contre.

Depuis juillet jusqu'à ce jour le malade n'a pas eu de crises, même légères. Sous l'influence des lavages de l'estomac, l'haleine bromurée s'est con-considérablement amendée. En outre le malade, qu'amélioraient à peine 10 grammes de bromure, n'en prend plus que 3 grammes maintenant; et cette dose suffit à le maintenir sur les confins de la saturation.

Si nous nous demandons, maintenant, par quel mécanisme agissent, pour atténuer et pour raréfier les paroxysmes du mal sacré, les différents moyens hygiéniques dont nous avons fait usage, suppression de l'alcool, suppression des mets indigestes, régime lacté et lacto-végétarien, lavages de l'estomac et de l'intestin, laxatifs répétés, massage de l'épigastre et des parois abdominales, nous nous trouvons en présence de plusieurs interprétations.

On peut admettre que l'épilepsie gastro-intestinale résulte d'une excitation réflexe de l'écorce par

irritation mécanique des parois du tube digestif, sous l'influence des fermentations anormales. On sait que, à l'heure actuelle, l'écorce cérébrale est considérée par la plupart des physiologistes comme une surface sensitive, ou plutôt comme la surface sensitive par excellence, où aboutissent tous les *stimuli* externes ou internes, pour s'y réfléchir et se muer en mouvement. Dès lors une irritation, qu'elle agisse directement sur l'écorce grise ou sur l'une quelconque des périphéries sensitives en relation avec elle, peut suffire à déterminer l'accumulation d'énergie qui se résout en accès convulsifs. C'est par ce procédé tout mécanique qu'agissent vraisemblablement les vers intestinaux, les boissons fortes et les repas trop copieux, qui souvent provoquent la crise avant même d'avoir été absorbés, et d'avoir pu agir chimiquement.

On peut admettre encore qu'un grand nombre d'accidents épileptiques sont sous la dépendance de l'auto-intoxication d'origine alimentaire. Ce qui prouve combien cette doctrine a chances d'être vraie, c'est que, chez tous les malades dont les observations sont résumées dans ce chapitre, nous trouvons : de la dilatation de l'estomac et de l'atonie intestinale, un foie un peu gros, des urines riches en vestiges de putréfaction intestinale (indican) ; et c'est aussi les résultats vraiment très saisissants obtenus par l'emploi de tout ce qui peut contribuer à la stérilisation de l'appareil gastro-intestinal.

Herther et Smith attribuent à ces putréfactions la

cause principale des paroxysmes comitiaux. Ferguson [1] incrimine surtout l'acide urique, et il est indiscutable que, dans l'immense majorité des analyses d'urine pratiquées chez nos comitiaux, nous avons trouvé l'excès d'acide urique par rapport à l'urée. Hughlings Jackson penchait à croire que l'alimentation carnée est particulièrement nuisible parce qu'elle augmente la production de l'urée que l'illustre neurologiste considère comme un agent épileptogène au premier chef. On sait que MM. Lépine et Pommay ont décrit le mal sacré des gros mangeurs, et nous avons déjà vu que Griffiths avait extrait de l'urine des épileptiques des poisons convulsivants ; que MM. Blocq et Marinesco, et plus récemment MM. Marinesco et Sérieux, avaient émis l'hypothèse de la nature toxique d'un grand nombre de cas de mal comitial.

Aucune de ces théories ne me semble devoir être rejetée entièrement ; chacune doit avoir sa part de vérité. L'important est de soumettre ses malades à une hygiène telle, que l'irritation mécanique du tube digestif, les fermentations anormales et les poisons qui en résultent, que l'indican, que l'excès d'acide urique, soient réduits au minimum.

Les résultats que montrent les graphiques qu'on vient de voir sont faits pour encourager les praticiens à poursuivre dans cette voie.

Avant d'en finir avec cette question, il faut

1. *The Alienist and Neurologist.*

encore se demander si la dilatation gastrique préconvulsive, si justement observée, par Kussmaul et par M. Voisin notamment, était seule la cause du paroxysme qui la suit fréquemment.

J'ai lieu de croire, d'après ce que j'ai vu, que cette ptose de l'estomac et de l'intestin, très habituellement accompagnée d'une baisse de la pression sanguine (voir notre graphique n° 10), est elle-même sous la dépendance d'une fatigue, d'un épuisement momentané du système nerveux. En sorte qu'il y aurait d'abord baisse de l'énergie vitale, paresse musculaire et chimique de tout l'appareil digestif, surproduction de toxines alimentaires, puis, excitation de tout l'organisme, ascension de la tension artérielle, et, finalement, convulsion.

CHAPITRE IX

DEUX OBSERVATIONS D'ÉPILEPSIE SENSORIELLE (AUDITIVE).

Première observation : crises de bourdonnements d'oreilles aboutissant à des attaques convulsives ; coexistence du goître exophtalmique fruste. — Traitement par le bromure et l'hygiène alimentaire ; résultats. — Deuxième observation : crises progressivement rapprochées et progressivement intenses de bourdonnements d'oreilles ; simple hyperacousie, puis hallucinations de l'ouïe ; une de ces attaques sensorielles aboutit à une attaque convulsive. — Traitement ; résultats. — Graphiques. — Réflexions.

Les observations d'épilepsie sensorielle ou d'aura épileptique sensorielle ne sont pas extrêmement rares. J'ai pensé cependant que celles-ci méritaient d'être publiées, simplement parce que, dans l'un et l'autre cas, les malades ont été vues d'une façon suivie et examinées avec soin, en sorte que certains détails intéressants ont pu être mis en lumière.

Observation XIII.

Morbus sacer. Maladie de Basedow fruste. Aura auditive, bourdonnements d'oreilles.

Charlotte F..., 18 ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Enfant légèrement impressionnable; pas de convulsions.

Pour la première fois, à l'âge de 15 ans (août 1896), Charlotte X... étant à la campagne, dans le Berry, par une chaleur accablante, ressentit en même temps quelques troubles dyspeptiques et quelques bourdonnements d'oreilles. Venue, le mois précédent, de Paris à la campagne, elle avait été prise de véritables fringales et mangeait en quantité démesurée du pain bis frais : il s'ensuivit des gonflements de l'estomac après les repas, du ballonnement du ventre, un peu de diarrhée fétide; au sortir de table le visage se congestionnait, il y avait un peu de somnolence, la digestion se faisait lourdement.

Première crise. — La première crise est du mois de septembre 1896. Elle eut lieu pendant une de ces périodes de digestion pénible dont nous venons de parler. Les bourdonnements d'oreilles, qu'elle ressentait depuis un mois déjà, prirent ce jour-là une intensité exceptionnelle, l'oreille droite bourdonnant plus fort que la gauche; au bout de deux

ou trois minutes, le bruit devenant très intense, la jeune fille perdit connaissance, fut prise de convulsions généralisées aux quatre membres, peut-être un peu plus intenses du côté gauche. Morsure de la langue, écume, sommeil et ronflements caractéristiques, perte complète du souvenir ; durée des convulsions : de une à deux minutes.

Marche de la maladie. — Après deux années passées sans accidents, une seconde crise eut lieu le 27 août 1898, à six heures du matin et une autre le 29 ; une crise le 7 octobre, une autre le 9. De même les 24 et 25 novembre, les 30 et 31 décembre, les 2 et 3 janvier 1899. Le 5 du même mois, la malade vient me consulter, et ses parents me donnent, sur la nature de ses crises, les renseignements que voici.

La jeune fille est apprentie télégraphiste. Or, quand elle est en imminence de crise, le bruit tintant d'une pendule, l'appel vibrant du téléphone provoquent aisément chez elle un accès de bourdonnements d'oreilles avec congestion de la face, puis perte de connaissance et petites crises convulsives, de nature manifestement épileptique. Bientôt elle est obligée de quitter l'apprentissage ; chez elle, ses parents suppriment la sonnerie de toutes les pendules, cause déterminante des accès.

Il semble tout d'abord, comme nous l'avons déjà dit, que l'oreille droite bourdonne plus que la gauche pendant la période prodromique, puis, pendant la période convulsive, que le côté gauche soit secoué de secousses plus fortes que le côté droit;

mais à mesure que la maladie évolue, cette différence s'aperçoit de moins en moins. Chaque fois l'attaque augmente en durée et en intensité. Souvent la crise s'accompagne d'une petite éruption de véritables extravasations sanguines, qui ne s'effacent pas sous la pression du doigt.

On a ordonné à la malade du valérianate d'ammoniaque et une potion bromurée (environ 4 gr. par jour); l'amélioration ne paraît pas sensible.

A l'examen, pratiqué le 5 janvier, on relève les signes suivants : congestion habituelle de la face, haleine bromurée, égalité pupillaire ; l'examen des oreilles, pratiqué par un spécialiste, ne révèle aucune lésion de l'appareil auditif externe, de la caisse, ni de l'oreille interne. Le cœur bat à 100 pulsations, la pression artérielle est de 17 centimètres de mercure. A l'auscultation du cœur, rien de particulier, sauf la tachycardie ; légère saillie des globes oculaires, gonflement thyroïdien très léger mais incontestable. Le diagnostic est donc : Morbus sacer avec aura sensorielle (auditive), maladie de Basedow fruste.

A noter encore une dilatation de l'estomac extrêmement marquée (mesurée au phonendoscope de Bianchi), fermentations anormales dans l'estomac et dans l'intestin ; foie un peu gros.

État intellectuel. — Peu ou pas de modifications du caractère, qui, particulièrement, est doux et facile.

Cependant légère excitation au moment des

accès, dépression mélancolique suivant la crise et durant, en moyenne, une trentaine d'heures.

Les règles viennent à intervalles réguliers, très douloureuses le premier jour; peu ou pas de pertes blanches.

Traitement. — La malade est soumise au traitement suivant.

Régime alimentaire très sévère, de façon à réduire au minimum les troubles gastro-intestinaux; suppression radicale du vin, des liqueurs, de la bière, de toutes les boissons fermentées; un verre d'eau bicarbonatée une demi-heure avant les repas; à table, un verre d'une infusion chaude de maté peu sucré; 3 grammes de bromure le soir, au moment du coucher; grands lavages de l'intestin, les matins, au réveil. Deux fois par semaine, massage de l'estomac et injection de 5 à 10 centimètres cubes de sérum artificiel (formule atténuée de Chéron).

Le 8 janvier, à 7 heures et demie du matin, au moment où la pendule de sa chambre sonne pour ainsi dire à blanc, le timbre ayant été enlevé et le marteau demeurant seul en place, la malade a une attaque, longue à venir; les bourdonnements se prolongent plus que de coutume; il semble que la phase convulsive ne se décide pas aisément à éclater; elle survient pourtant, dure moitié moins que d'ordinaire, et est suivie d'une assez longue période de sommeil. Après la crise, moins de fatigue que d'habitude. Pour la première fois, la malade

ne s'est pas mordu la langue. Prédominance des convulsions à gauche.

Le 11 janvier, à 4 heures du matin, la malade est réveillée par des bourdonnements dans l'oreille droite, qui durent environ une demi-minute. Charlotte F... s'attend à une crise qui ne vient pas, elle a ses règles une heure après.

Le 4 et le 5 février, le baromètre étant très bas, par un temps de dégel et de véritable tempête de vent du sud, la malade est réveillée, la première nuit à 2 heures, la seconde à 4 heures du matin, par les bourdonnements d'oreilles (oreille droite surtout) qui constituent l'aura de ses attaques; elle appelle, selon sa coutume, sa marraine qui dort près d'elle : la marraine constate la congestion de la face, mais la malade se rendort sans qu'il se soit produit de convulsions.

Dans la nuit du 27 au 28 février, Charlotte F..., ayant eu les pieds mouillés alors qu'elle avait ses règles, s'endort difficilement; elle souffre, d'ailleurs, de coliques utérines. A 4 heures du matin, elle s'éveille et s'assoit sur son lit, très rouge, avec des bourdonnements très vifs dans l'oreille droite. Elle compare le bruit qu'elle perçoit au glouglou d'une bouteille. Au bout d'une demi-minute elle perd connaissance, avec un petit râle dans la gorge, ses mains restent crispées pendant une minute; pas d'autres phénomènes moteurs; reprise du sommeil.

Depuis lors, Charlotte F... n'a plus eu le moindre accident comitial; les bourdonnements d'oreilles ne

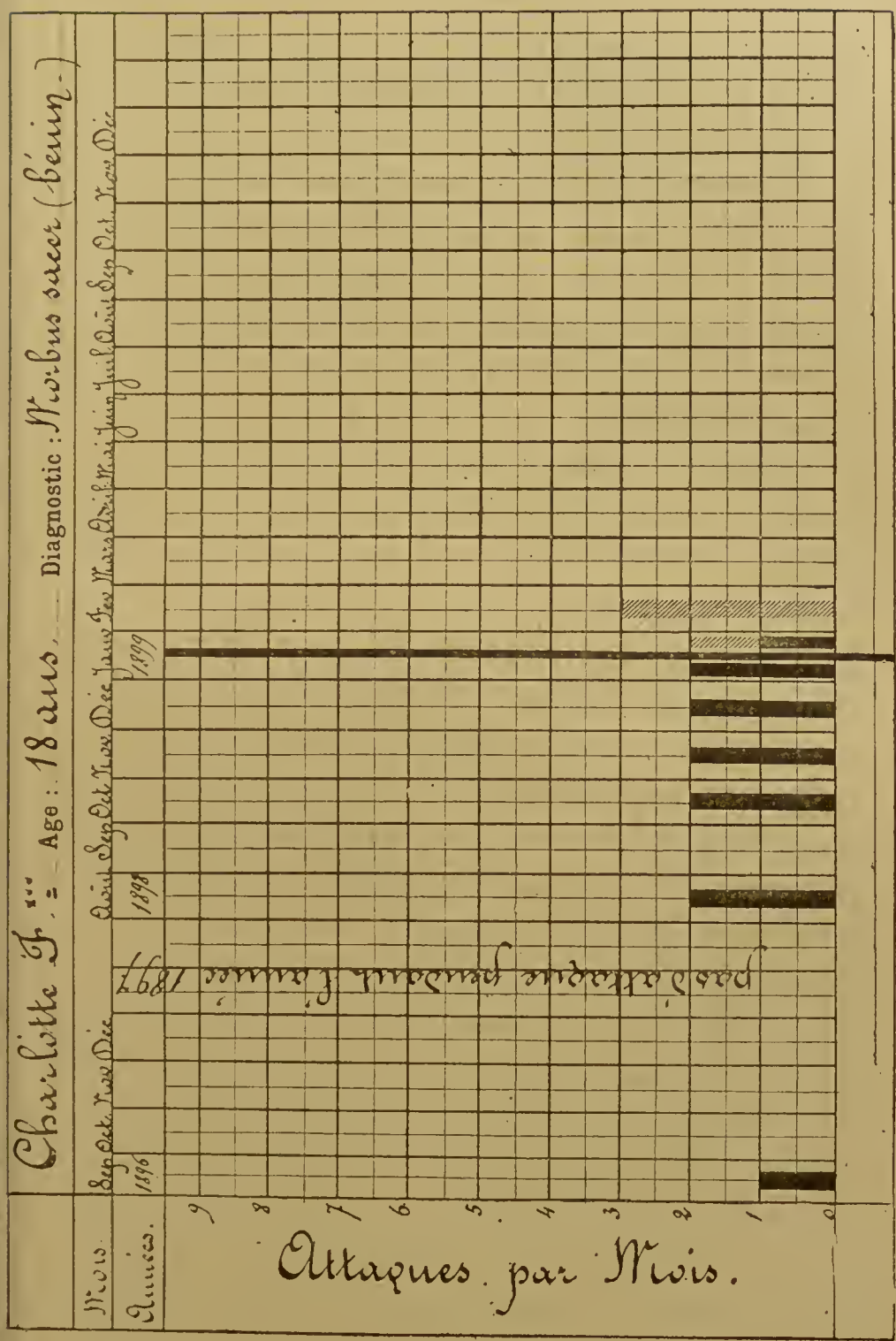

Charlotte F.... — Age : 18 ans. — Diagnostic : Morbus sacer (bénin.)
Mois.
Années.
Sep. Oct. Nov. Déc.
1896
Janv. Fév. Mars Avril Mai Juin Juil. Août Sep. Oct. Nov. Déc.
1897
Janv. Fév. Mars Avril Mai Juin Juil. Août Sep. Oct. Nov. Déc.
1898
Janv. Fév. Mars Avril Mai Juin Juil. Août Sep. Oct. Nov. Déc.
1899
Pas d'attaque pendant l'année 1897
9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
Attaques par Mois.

Fig. 39.

se sont pas reproduits. On a restitué leur timbre à toutes les pendules, et la malade peut entendre la sonnerie du téléphone sans aucun trouble.

En même temps, la congestion habituelle de la face a fait place à une coloration plus normale des joues; la tachycardie, l'exophthalmie, la tendance au goître sont considérablement atténuées (à chaque séance de traitement, douche statique au niveau du corps thyroïde).

La malade a été vue deux fois par semaine, du commencement de janvier au milieu de mars; du milieu de mars au milieu d'avril, deux consultations seulement. A dater de ce jour, elle n'a pris que 1 gramme de bromure le soir en se couchant, elle a continué son régime alimentaire, elle n'a fait que plus rarement ses lavages de l'intestin.

En résumé, Charlotte F..., en dépit d'une dose de bromure assez considérable, avait eu, du 27 août 1898 au 5 janvier 1899, dix attaques manifestement comitiales, dont l'intensité allait chaque fois s'aggravant. A partir du jour où elle a été soumise à un régime alimentaire sévère, aux massages de l'estomac, aux lavages de l'intestin, aux injections de sérum, il lui a suffi d'une dose tout à fait minime de bromure (3 grammes d'abord, puis 2, puis 1 gramme) pour que son état s'améliore considérablement. A savoir : une petite attaque le 8 janvier; le 11 janvier, attaque réduite à l'aura; de même, le 4 et le 5 février; dans la nuit du 27 au 28 février, au moment des règles et après un refroidissement,

c'est-à-dire dans les conditions les plus défavorables, vague ébauche d'attaque, et depuis lors, plus rien. A l'approche de la période menstruelle, la malade se contente de prendre 2 ou 3 grammes de bromure au lieu de 1.

Observation XIV.

Bourdonnements d'oreilles revenant par crises et ayant abouti une fois à une crise convulsive manifestement comitiale.

Jeanne S..., 25 ans.

Antécédents héréditaires. — Son père est sujet à des vertiges qui sont certainement des vertiges de l'estomac. Sa mère est très impressionnable, mais sans névrose définie.

Antécédents personnels. — A l'âge de 4 mois, convulsions légères; de 10 à 17 ans, vers intestinaux (oxyures). Elle a été réglée à 15 ans et demi, et depuis lors ses règles sont toujours venues irrégulièrement et pauvrement; quelques pertes blanches, deux ans avant la venue des règles. Dans l'adolescence, il lui arrivait souvent d'avoir des vapeurs et de se trouver presque mal quand elle essayait un peu longuement une robe ou quand il lui fallait demeurer dans une atmosphère surchauffée; légères angoisses (phobies) dans une foule très pressante.

Mariée à l'âge de 18 ans, elle se porta un peu mieux; ses règles commencèrent à se régulariser et à prendre meilleure allure.

En janvier 1897, à une époque où elle faisait beaucoup de bicyclette et où elle avait commencé de décolorer ses cheveux à l'eau oxygénée (elle avait alors 23 ans), elle fut prise de phénomènes auditifs tout à fait singuliers.

Ce ne furent d'abord que simples augmentations de bruits véritablement entendus : il lui semblait que les gens de son entourage haussaient la voix subitement, qu'une porte se fermait très fort, etc. ; les autres personnes présentes ne percevaient pas ces mêmes bruits aussi intenses qu'elle. Ces moments d'hyperacousie se répétaient à cinq ou six semaines d'intervalle. Puis, ce ne fut pas simplement de l'exaltation momentanée du sens de l'ouïe, mais de véritables petites hallucinations. Jeanne S... entendait très nettement les sons d'un orchestre lointain avec la conscience que c'était là un phénomène irréel, subjectif. Cela lui procurait plutôt de l'agrément, elle s'imaginait que tout le monde était ainsi et ne cherchait point à réagir contre un symptôme qu'elle ne jugeait pas maladif. Cela revint, en s'accentuant chaque fois, à quatre ou cinq reprises dans une année.

Un peu plus tard, au mois de mars 1898, il y eut aggravation. Les petites hallucinations de l'ouïe devinrent plus fréquentes, en même temps qu'elles changeaient de caractère : elles se reproduisirent

toutes les trois semaines environ, le plus souvent au cours de la période menstruelle : et maintenant l'hallucination se faisait chaque fois plus formelle. Le phénomène se produisait presque invariablement vers 10 heures du matin; la jeune femme entendait une voix dans la pièce voisine, ou des coups frappés à la porte : elle était tout à fait dupe de son hallucination. A ce moment, son visage pâlissait; extrêmement énervée, elle éprouvait un sentiment d'angoisse très pénible; pas d'envie de pleurer. Dans ces moments, il ne lui était pas impossible de parler, mais, pourtant, il lui arrivait souvent de ne point répondre aux questions qu'on lui posait et qu'elle entendait parfaitement; tant que durait ce petit accès (deux minutes environ), il y avait un très léger bourdonnement des deux oreilles. Aucune éclipse de mémoire.

Le jeudi, 1er septembre, à 2 heures, après de grandes marches qui l'ont beaucoup fatiguée, Jeanne S... se sent gênée par la digestion. Elle est au moment de ses règles, qui viennent peu et mal; voilà plusieurs jours qu'elle a la figure congestionnée, surtout après les repas, mais jamais autant qu'aujourd'hui; elle vient de s'asseoir à sa table pour écrire une lettre, quand, tout à coup, elle est envahie par les bourdonnements d'oreilles. Elle se lève et marche dans la chambre en disant à sa mère :

— J'ai des bourdonnements, on frappe!...

Quand elle a fait environ une vingtaine de pas de long en large, elle se sent prise de secousses

nerveuses dans le cou, qui lui tirent la tête à gauche ; elle se regarde à la glace, voit encore sa tête tirée trois fois à gauche et en bas par des contractions musculaires involontaires, après quoi elle perd conscience. Sa mère s'approche, la soutient ; aidée par elle, Jeanne S... peut marcher jusqu'à une chaise longue où elle tombe, penchée sur le côté gauche ; trois fois de suite sa bouche se dévie à gauche. Sa mère cherchant à la mettre debout, elle s'aide un peu, puis devient plus lourde et glisse sur le tapis. Alors se produisent, dans la jambe et dans le bras gauche, cinq à six secousses rapides ; sa mère ne sait pas s'il y a eu des secousses dans les membres du côté droit. Écume légère aux lèvres ; pas de morsure de la langue ; la jeune femme devient un peu violette (lèvres et joues) ; sa respiration, plus bruyante, ne va pas, cependant, jusqu'au ronflement proprement dit. Il y avait environ une minute qu'elle était à terre quand ses yeux se sont rouverts ; tout le visage souriait ; elle a embrassé sa mère avec effusion, s'est laissé relever, s'est étonnée de voir qu'on lui mettait du linge de nuit, est allée toute seule aux cabinets (urine claire comme de l'eau de roche), est revenue s'étendre sur la chaise longue, a embrassé la femme de chambre, croyant embrasser sa mère, et n'a gardé aucun souvenir de tout cela ; l'éclipse de mémoire a duré dix bonnes minutes ; elle est revenue peu à peu. Après l'attaque, sensation de fatigue ou plutôt de détente heureuse, sans rien de pénible. Le len-

demain, la malade se trouve en état de santé parfaite, les yeux sont un peu rouges et congestionnés ; léger larmoiement, comme s'il y avait obstruction du canal lacrymal.

État actuel le 8 *septembre* 1898. — Facies pâle, teint brouillé de neurasthénique, langue sale, estomac extrêmement dilaté, cœur mou, tension artérielle = de 10 à 11 centimètres de mercure, réflexes tendineux rotuliens, droit et gauche, exagérés. Aucun stigmate d'hystérie. Le seuil de la sensibilité est simplement plus large que la normale, il n'y a nulle part de zones d'anesthésie. Il s'agit bien franchement d'un cas de morbus sacer à point de départ sensoriel, qui, allant toujours s'aggravant, a fini par aboutir à un accès moteur, d'ailleurs léger. Le diagnostic est nettement confirmé par M. le professeur Raymond, appelé en consultation.

Le diagnostic de la cause est soigneusement recherché. La malade est minutieusement examinée, au point de vue d'une maladie de l'appareil auditif, par M. le Dr Lermoyez, qui résume comme suit les observations faites au cours de cet examen.

Oreille droite. — Tympan normal.

La ventilation de la caisse se fait bien.

Osselets mobiles.

Oreille gauche. — Tympan aminci.

Imperméabilité légère de la trompe, se traduisant par un peu d'enfoncement du marteau, gêné dans ses mouvements.

L'acuité auditive est normale, et égale pour les deux oreilles.

Pas de lésions du nez, du naso-pharynx ni du pharynx.

En somme, examen négatif. Il n'existe aucune lésion de la caisse ou de ses dépendances, de l'oreille interne ou du nerf acoustique, qui soit susceptible d'expliquer les phénomènes d'hyperacousie ou d'hallucination. La lésion, s'il en existe, ou bien plus vraisemblablement le trouble fonctionnel, ne peut siéger qu'au cerveau, au niveau des circonvolutions temporales.

L'investigation porte ensuite sur l'utérus et ses annexes : utérus légèrement abaissé, ectropion à la lèvre inférieure du col, matrice lourde et congestionnée; en somme, rien de bien grave.

L'examen de l'appareil digestif est plus significatif. Nous avons dit que l'estomac était extrêmement dilaté, le phonendoscope de Bianchi montre que sa pointe inférieure descend à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis, un peu plus près du pubis; il gargouille fortement à la percussion; les parois de l'intestin sont, aussi, molles et distendues par des gaz; alternatives de constipation et de garde-robes semi-liquides, noires et fétides. Le foie est un peu gros. L'analyse d'urine donne des résultats qui se résument de la façon suivante : « Les éléments normaux des urines des vingt-quatre heures, sauf l'acide urique, sont inférieurs aux moyennes. physiologiques, il y a excès urique par rapport à

l'urée. On trouve de l'urobiline et de l'indican. Le coefficient des oxydations est inférieur à la moyenne On voit des débris épithéliaux et de l'acide urique. Azote de l'urée, 7,705 ; azote total, 9,949 ; coefficient des oxydations, 0,774.

C'est, au total, l'urine d'une ralentie de la nutrition.

En présence de cet ensemble de symptômes, il était indiqué de rechercher s'il s'agissait d'une irritation directe de l'écorce grise, au niveau des zones présidant à l'audition, d'une irritation réflexe partant d'une périphérie sensitive, ou bien encore de phénomènes d'auto-intoxication, de déchets d'une nutrition défectueuse, capables de déterminer la décharge convulsive d'un cerveau prédisposé. La malade n'avait aucun symptôme de méningite chronique ni de tumeur cérébrale ; elle n'avait pas fait de chute sur la tête, ni reçu de contusion qui pût faire croire à une fracture ancienne ou à un épanchement enkysté, capable de comprimer le manteau cérébral.

Nous avons donc cherché à supprimer toutes causes d'irritation à distance, et, du même coup, toute source d'auto-intoxication.

Le traitement suivant fut institué.

Régime alimentaire destiné à supprimer les fermentations anormales, suppression du vin et de l'alcool sous toutes ses formes, massages de l'estomac et de la paroi abdominale ; lavages de l'intestin, laxatifs ; quotidiennement, injections vaginales très

chaudes, pansements glycérinés ; cautérisations de l'ectropion à la résorcine additionnée d'un peu de cocaïne, massage de l'utérus. Deux fois par semaine, injections de sérum artificiel, et électrisation statique; 2 grammes de bromure par jour, 3 au moment des époques.

Au bout de peu de jours, la tension artérielle est montée de 11 à 17 centimètres de mercure ; la malade a recouvré de l'appétit et de l'entrain. Au bout de quelques semaines, l'utérus a regagné sa place, le col s'est décongestionné, l'ectropion s'est effacé.

D'autre part, l'estomac est revenu sur lui-même et l'intestin a repris de sa tonicité ; il n'y a plus de congestion de la face après les repas ; le foie, qui débordait un peu des fausses côtes, a retrouvé son volume normal.

Du 8 septembre au 12 octobre, pas d'accidents. Les règles viennent du 8 au 12 octobre, et c'est seulement le 15, au matin, que la malade est reprise d'un accident analogue à ceux que nous avons déjà décrits, mais d'intensité beaucoup moindre. Ce n'est rien qu'un bourdonnement, qui ne s'accompagne ni d'hallucination de l'ouïe, ni de mouvements convulsifs. Jeanne S... entend simplement une vibration musicale, toujours sur la même note et peu intense; ce bruit lui paraît siéger en dedans de sa tête, à mi-chemin de ses deux oreilles. La durée de cet accident ne dépasse pas trois quarts de minute.

Depuis cette époque, la malade a eu, tous les

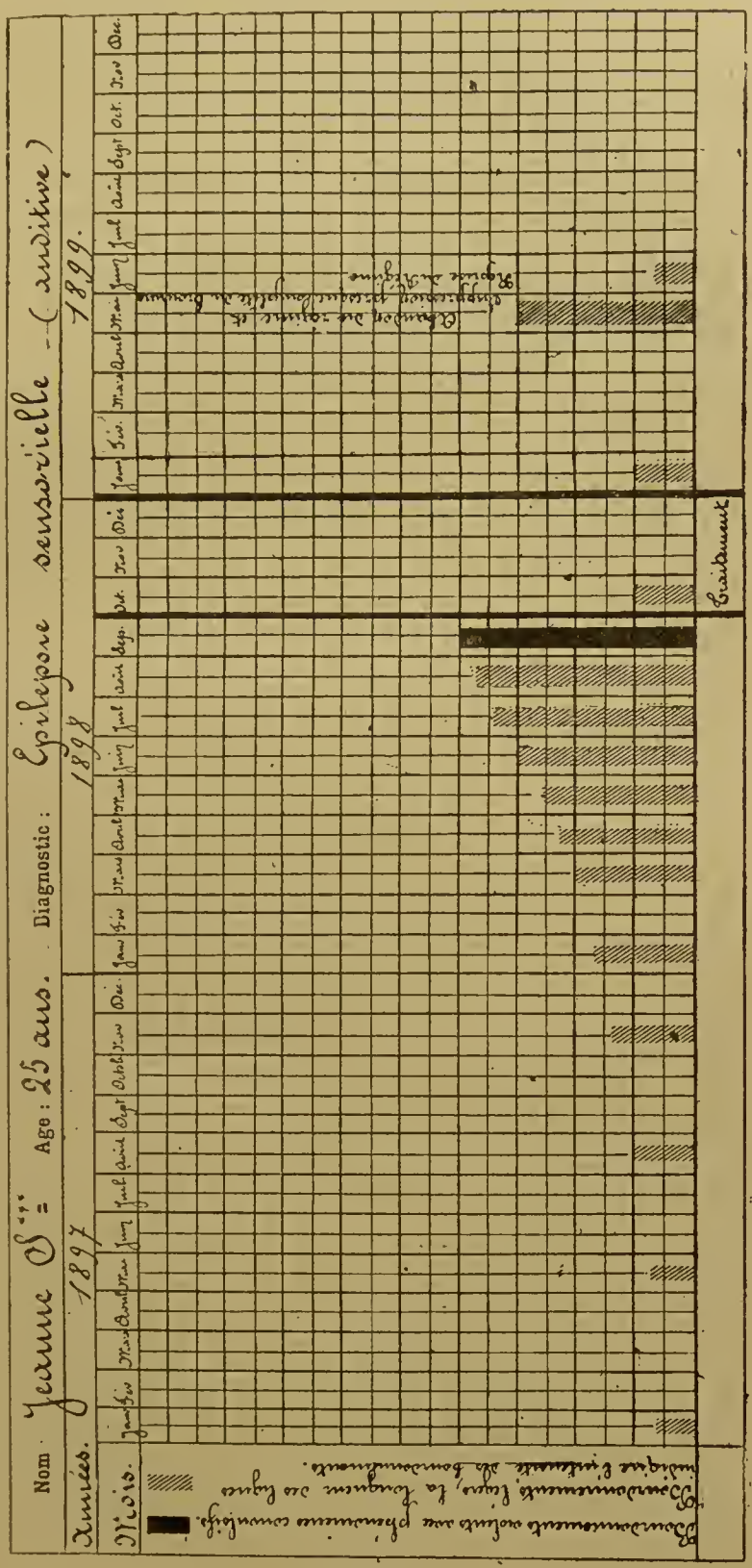

Nom Jeanne S^{ne}
Age : 25 ans.
Diagnostic : Epilepsie sensorielle (auditive)
Années.
1897
1898
1899.
Mois.
Traitement

Fig. 40.

deux ou trois mois seulement, un bourdonnement d'oreilles extrêmement léger, si léger, qu'à plusieurs reprises Jeanne S... s'est demandé si elle l'avait véritablement perçu ; elle a, en effet, tant de peur de voir reparaître ses accidents qu'elle noterait volontiers comme bourdonnements les plus légères sensations de chaleur à la tête et les plus imperceptibles bruissements de ses oreilles.

Cependant, comme elle ne peut pas douter de son extrême amélioration, elle cesse de venir me consulter et réduit le bromure à 1 gramme (janvier, février, mars 1899), et à moins encore en avril et en mai. Pendant la seconde quinzaine du mois de mai, elle est violemment contrariée, et chacune, presque, de ses journées compte une querelle extrêmement pénible ; en même temps elle se départ un peu de son régime alimentaire. Le 21 mai, crise très légère de bourdonnements. Le 29, nouvelle crise, beaucoup plus forte, et rappelant par son intensité les bourdonnements qui ont précédé l'attaque du premier septembre 1898 ; cela va cette fois jusqu'à une petite hallucination de l'ouïe, ce qui ne s'était pas produit depuis le traitement.

Effrayée, Jeanne S... reprend 4 grammes de bromure et s'asservit de nouveau à un régime très sévère. Le 15 juin, elle a de nouveau un bourdonnement à peine perceptible. Je la revois quelque temps après ; comme je la trouve très bromurée, je baisse la dose à 3 puis à 2 grammes. Depuis lors jusqu'à aujourd'hui (février 1900), aucune espèce d'accidents.

De semblables observations sont assurément plus instructives par le détail de l'évolution morbide au jour le jour, que par les notions générales qu'on en peut tirer.

Remarquons cependant que chez l'une et l'autre de ces malades, les phénomènes gastro-intestinaux ont paru jouer un grand rôle dans l'ensemble symptomatique. L'une et l'autre, quand on les a examinées pour la première fois, avaient une énorme dilatation de l'estomac avec dyspepsie hypochlorhydrique et fermentations anormales. Ch. F... et Jeanne S... avaient l'une et l'autre, une nutrition retardante, une tension artérielle basse, une très médiocre activité de réduction de l'oxyhémoglobine, très peu de forces disponibles. Chez Ch. F..., ce sont les troubles dyspeptiques qui ont ouvert la scène; plus tard elle prenait 4 grammes de bromure, sans en être améliorée, et dès que son appareil digestif a été soigné, il a suffi d'une dose moindre, pour faire disparaître tous les phénomènes comitiaux et les bruissements prémonitoires.

Dans le traitement de Jeanne S..., les massages de l'estomac et les lavages de l'intestin ont été manifestement efficaces. C'est après avoir eu de grands tourments, mais aussi après avoir négligé son régime alimentaire, qu'au mois de mai 1899 elle a failli avoir une rechute; son estomac fonctionnait mal depuis plusieurs jours, quand elle a eu le bourdonnement d'oreilles annonçant un retour offensif du mal.

TROISIÈME PARTIE

EXCITATION ET DÉPRESSION MENTALES

CHAPITRE X

PHÉNOMÈNES D'EXCITATION ET DE DÉPRESSION MENTALES CHEZ CERTAINS ÉPILEPTIQUES

Cas de colères comitiales; observations : origine épileptique ou dégénérative des accidents mentaux chez les comitiaux. — Excitation et dépression mentales en relation avec l'attaque; observations; cas de Frédéric R... Conclusions au point de vue de la théorie des émotions.

Loin de vouloir donner ici une étude d'ensemble sur l'état mental des épileptiques, je veux me borner à relater certains faits que j'ai eu occasion d'observer, et à les accompagner de réflexions sommaires.

Ils se groupent naturellement en deux catégories :

1° Les cas de colère comitiale, de paroxysmes intellectuels, d'équivalents psychiques de la crise convulsive vulgaire.

2° Les cas où les malades, très excités avant l'attaque convulsive, et très profondément déprimés ensuite, ont présenté, à ces deux phases de leur mal, des symptômes psychiques de nature à permettre d'éclairer un peu mieux la question, encore si obscure et si débattue, de la genèse des phénomènes affectifs.

§ I. — CAS DE COLÈRE COMITIALE

La question des paroxysmes psychiques chez les épileptiques est d'un vif intérêt médical et psychologique.

Parmi les observations qu'il m'a été donné de recueillir, il en est quelques-unes qui me paraissent mériter d'être résumées et reproduites ici.

Je me contente de les énumérer, quitte à faire suivre chacune d'elles de quelques brèves réflexions.

Observation XVIII.

P. de V...[1], 23 ans.

Son père, gentilhomme breton, bizarre, solitaire, farouche, sans aucune tendresse pour ses enfants, sujet à de fréquentes et terribles colères, semble n'avoir d'autres plaisirs que la chasse, et la marche forcenée.

P. de V... n'a généralement pas d'attaques con-

1. Voir l'observation complète à la fin du volume.

vulsives. Chez lui elles sont remplacées par de grandes absences, pendant lesquelles il lui arrive de prendre une expression méchante, de jeter des regards menaçants, parfois de bousculer les passants dans la rue. Au mois de mars 1898, il fut pris ainsi, rue Saint-Antoine, d'un des vertiges dont il est coutumier; avant que son frère ait eu le temps de le retenir, il se rua sur une blanchisseuse chargée de linge, la secoua, jeta par terre son fardeau qu'il piétina rageusement, et reprit connaissance sous une bordée d'injures, qu'il écoutait stupide, au milieu d'un cercle de badauds. A plusieurs reprises, P. de V... m'a conté qu'il avait eu dans la journée de violents accès d'indignation et d'exaspération pour les motifs les plus futiles. C'est ainsi, par exemple, qu'il fait des scènes violentes au maître d'hôtel qui le sert à table, pour un retard de deux minutes, un jour qu'il n'est nullement pressé. Il ajoute que, très habituellement, après ses accès d'excitation cérébrale, il se sent abattu, triste, et ressent l'envie de dormir tout comme après ses attaques épileptiques. Toujours est-il qu'un même traitement (régime alimentaire, lavages de l'estomac, injections de sérum, petites doses de Kbr.) a amélioré parallèlement les symptômes proprement comitiaux et leurs équivalents psychiques.

Ce malade présente, en somme, deux ordres de phénomènes mentaux : ses absences, d'abord, qui souvent s'accompagnent d'une expression menaçante du visage, et de gestes conformes; et, d'autre

part, de colères qui semblent avoir une existence propre. Ces accès de méchante humeur sont-ils un des symptômes de la dégénérescence dont P. de V... porte quelques stigmates physiques, ou bien sont-ils de nature comitiale? Bien que le malade en garde assez habituellement le souvenir, je pencherais plutôt vers cette seconde interprétation, en raison de l'abattement, de la tristesse et de l'envie de dormir que Pierre de V... éprouve ensuite.

Observation III.

Auguste T...[1], 28 ans, clerc de notaire.

Sa mère est morte d'apoplexie foudroyante, son père est un buveur endurci; lui-même abuse de l'alcool. Dès son enfance il se révélait très nerveux, extrêmement colère, en même temps peureux et violent. A l'école il se montrait obséquieux avec ses maîtres, mais avec ses parents. et surtout avec sa mère qu'il ne redoutait pas, il se livrait à des accès de fureur tout à fait désordonnés, criant, trépignant, écumant (à la lettre), et tombant ensuite dans une prostration profonde. Vers la puberté il parut se calmer. Sa première crise convulsive est survenue à l'âge de 25 ans. Sa maîtresse prétend qu'elle fut précédée par toute une série de colères d'intensité

1. Voir l'observation complète à la fin du volume.

croissante, dont il ne semblait pas garder un souvenir précis.

La suppression de l'alcool, qui constitue ici l'essentiel du traitement, a déterminé du même coup l'extrême raréfaction des accès convulsifs et la disparition, on peut dire totale, des accès de colère. Le malade devint très vite infiniment moins irritable, reprenant sa gaieté, sa lucidité et son entrain à vivre ; il s'occupa même d'un petit travail qu'il put rédiger d'une façon très convenable. Un peu plus tard, Auguste T..., ayant une rechute, fut repris d'humeur querelleuse et d'idées sombres qui aboutirent à une attaque convulsive. Le retour au régime améliora du même coup l'état mental et l'état physique.

Si nous nous reportons au graphique de ce malade (voir figure n° 2) nous pouvons constater que chez lui, comme chez la plupart des comitiaux, l'humeur méchante s'accompagnait de hausse de la pression sanguine ; l'amélioration de son caractère a coïncidé nettement avec la descente de la courbe vers le niveau moyen.

Chez Auguste T..., les crises de colère, assez importantes, que nous venons de décrire brièvement, doivent-elles être mises au compte de la dégénérescence mentale, de ses habitudes d'intempérance, ou de l'épilepsie? Ici encore je penche pour cette dernière opinion ; en effet, un traitement approprié a fait disparaître à la fois les paroxysmes psychiques et les convulsions ; les colères ont même

disparu les premières. Il est vrai que le traitement a surtout consisté dans la suppression de l'alcool, mais l'alcool ne paraît avoir joué ici que le rôle d'une intoxication déterminante, pour les colères comme pour les attaques.

Observation XVI.

Frédéric R...[1], 41 ans, avocat.

Pendant ses études, l'enfant a fait preuve de grandes qualités d'application, tout en n'étant que d'une intelligence moyenne. Son caractère, naturellement assez doux, se modifiait quelquefois du tout au tout sans raison appréciable. Il devenait alors d'une susceptibilité tout à fait extraordinaire, s'offensait d'un rien, cherchait querelle à tous ses camarades. Cela d'une façon progressive, jusqu'à ce que survint une véritable crise de colère rageuse et aveugle ; lui même dit que, dans de tels moments, il aurait pu tuer quelqu'un. A la fin de ses paroxysmes, Frédéric R... tombait littéralement en état de mélancolie dépressive, avec scrupules de conscience et besoin de se confesser.

1. Voir l'observation complète à la fin du volume.

Observation I.

Edmond K...[1], 26 ans, employé de commerce.

Enfant, il se montre d'un caractère facile jusque vers l'âge de 10 ou 12 ans. Vers ce moment, le caractère se modifie. Il devient sombre, replié sur lui-même et sujet à des colères dont l'allure est particulière. La méchanceté lui revient par crises, que séparent huit ou dix jours d'intervalle environ. Lorsqu'il approche du mauvais moment, il est pris d'une gloutonnerie extrême, en même temps que d'une invraisemblable irritabilité. Sous un prétexte habituellement futile, le plus souvent avec ses camarades, en récréation, quelquefois aussi en classe, avec ses maîtres, il se met en fureur, écume, trépigne, hurle des invectives. Ses colères dépassent de beaucoup les petits accès rageurs dont ses plus mauvais camarades donnent des exemples. Menaces, punitions, rien ne l'arrête, si ce n'est la satiété et, pour ainsi dire, l'épuisement naturel de son extrême tension nerveuse. Ce qu'il y a chez lui de particulièrement caractéristique, c'est que ses paroxysmes psychiques sont suivis de fatigue profonde, d'envies de dormir irrésistibles, puis, quelques heures après, d'un jour ou deux de véritable dépression mélancolique.

1. Voir l'observation complète à la fin du volume.

Plus tard, il est pris de grandes attaques convulsives, et ses crises sont généralement annoncées dès la veille par des colères très violentes, colères qui se montrent d'autant plus fortes que la crise est plus proche. Le malade s'y laisse aller d'autant plus volontiers qu'il est plus familiarisé avec son interlocuteur du moment. Sous le prétexte le plus futile, il cherche querelle à sa mère, à sa grand'mère, à une vieille domestique qui s'occupe depuis longtemps de lui, et il entre alors dans des rages épouvantables, vociférant, bourrant les meubles de coups de pied, menaçant du poing des gens qu'il aime pourtant bien, ou brandissant autour de leur tête le premier objet à portée de sa main, couteaux de table ou chenets de la cheminée. Ses accès de fureur ne sont pas toujours prémonitoires de l'accès convulsif proprement dit ; quelquefois ils en tiennent lieu ; il semble alors que la colère soit assez forte pour épuiser à elle seule l'irritation de l'écorce. Après ce paroxysme mental, le malade est presque aussi las, presque aussi triste qu'après l'attaque de haut mal. Si bien que la colère peut être envisagée chez lui comme un des symptômes importants de sa maladie.

Nous voyons les paroxysmes mentaux, dans son enfance, faire épisode entre les convulsions de la première dentition et les attaques de mal caduc survenues dans l'adolescence. Plus tard, ils annoncent l'attaque ou la remplacent, au point qu'il serait légitime d'ajouter, au graphique où j'ai rap-

porté le nombre de ses convulsions, le total des grandes crises de colère qu'il a eues chaque mois.

Sous l'influence de la suppression de l'alcool et d'un bon régime alimentaire, Edmond K... vit son état mental s'améliorer d'une manière extrêmement sensible ; sa mère ne cessait de me dire à quel point elle en était frappée. Il n'est pas inutile de rappeler ici dans quelles conditions il eut la rechute très grave dont nous avons déjà parlé au cours d'un chapitre précédent.

Son ami le plus cher, avec lequel il était à la chasse, se tua involontairement sous ses yeux, et ce fut là pour lui une très violente secousse morale. Le soir de cet accident, toute la journée du lendemain et le matin du jour où les obsèques eurent lieu, Edmond K... fut en proie à la plus extrême exaltation ; il eut coup sur coup une série presque ininterrompue de crises de fureur. Un moment, il s'en fallut de peu qu'il n'assommât sa vieille bonne. Au retour de l'enterrement, comme il achevait de déjeuner, il fut pris d'une attaque épileptique assez violente ; il en eut quatre autres jusqu'au soir, et trois le lendemain.

Depuis, il s'est affranchi de tout régime, a repris des apéritifs et des liqueurs, et ses colères ont recommencé d'alterner avec les crises convulsives.

Chez Edmond K..., l'épilepsie s'est développée sur un terrain de dégénérescence. J'ai été un moment tenté d'attribuer ses colères à cette dernière cause, car elles respectaient les étrangers et les

personnes qui lui en imposaient, pour s'attaquer de préférence aux gens les plus familiers de son entourage journalier. Mais, d'autre part, comment ne pas attribuer au mal comitial ces crises de fureur précédées de gloutonnerie, revenant périodiquement, se développant sans motif appréciable, pour l'unique besoin d'assouvir une excitation, ces colères que n'arrêtent ni menaces ni punitions, et que nous voyons fréquemment se substituer à l'attaque convulsive et en tenir lieu?

Observation XIX (*Personnelle*).

Impulsions homicides de nature vraisemblablement dégénérative chez un comitial.

Michel S..., 13 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère très impressionnable (hystérie mineure). Le père est un alcoolique invétéré; il s'est particulièrement adonné à la boisson dans les premiers temps de son mariage, c'est-à-dire à l'époque où l'enfant a été conçu.

Collatéraux. — Une des sœurs de Michel S..., plus jeune que lui de deux ans, et venue au monde dans les mêmes conditions d'hérédité, a des crises fréquentes et tout à fait formelles de haut mal.

Antécédents personnels. — Convulsions répétées au moment de la première dentition. Plus tard, aucun accident convulsif, mais le petit malade

urine quelquefois au lit dans son sommeil, et cela jusqu'à ces temps-ci ; les punitions les plus sévères n'ont rien pu y changer. Si l'on interroge soigneusement la grand'mère qui me l'amène, on apprend que, sans avoir d'accidents formels comme sa sœur, Michel S... est pris de temps à autre d'une sorte de bégaiement avec pâleur subite et fixité du regard. Cela dure de dix à quinze secondes à peine, après quoi l'enfant revient à lui « comme au sortir d'un rêve ».

Mais si l'on vient me consulter, ce n'est pas pour ces symptômes auxquels la famille n'attache aucune importance, mais bien pour des colères étranges dont Michel S... est coutumier depuis deux ans.

Sa grand'mère me dit qu'il est pris, par accès, du besoin d'étrangler sa sœur : ses impulsions, qui s'accompagnent d'angoisse, sont, chaque fois, plus impérieuses et plus difficiles à vaincre. Un jour, le malheureux garçon, sentant qu'il n'allait plus pouvoir dominer cette affreuse tentation, avait pris le parti d'appeler au secours, et de tout avouer à sa grand'mère. Il avait fait cette confession avec si peu d'émotion apparente qu'on hésitait encore à la prendre au tragique ; mais il finit par insister de telle sorte que l'on se décida à consulter un médecin.

État actuel en mai 1896.

Michel S... est un vigoureux gamin, fort pour son âge, avec des joues pleines et rouges, et je ne sais quel air de contentement animal, de satisfaction

à vivre. Rien ne trahit extérieurement le drame intense qui se joue en lui de temps à autre. Légers stigmates physiques de dégénérescence (asymétrie fronto-faciale, lobule de l'oreille mal détaché). Son intelligence paraît moyenne ; le précepteur qui s'occupe de lui, affirme que son état intellectuel ne diffère pas sensiblement de celui des enfants de son âge. Moi-même, en le faisant causer, je ne remarque rien de bien spécial, si ce n'est, quand il parle de sa méchanceté, l'éclat surprenant de ses yeux, des yeux gris, très rapprochés du nez, qui luisent dans ces moments-là comme des lames neuves. J'ai retrouvé cet éclat du regard, — signalé du reste par plus d'un observateur, — dans l'état d'ivresse alcoolique ou morphinique, chez certains épileptiques en instance d'attaque, et aussi chez certains pervertis sadiques, alors qu'ils se complaisent à évoquer leur vice.

Michel S..., dont je finis par vaincre le mutisme et par gagner la confiance, me raconte de la façon suivante les impulsions auxquelles il est sujet.

« Cela me prend, dit-il, tous les dix ou quinze jours ; — les crises se rapprochent à mesure qu'elles augmentent d'intensité — surtout dans les moments où ma petite sœur se montre particulièrement douce, docile à mes caprices et caressante pour moi. Alors, voici ce qui se passe. Je me sens tout à coup devenir très fort et tellement léger, qu'il me semble que je vais m'enlever de terre ; cela me fait même un peu peur. Et bientôt je vois dans ma tête, comme si

c'était derrière mon front, un spectacle où je me distingue moi-même en train de me jeter sur ma sœur, et de l'étrangler. De seconde en seconde, cette scène devient plus intense, et en même temps je ressens un besoin terrible, et si grand, que bientôt je ne pourrai plus résister, de rendre réel ce que je vois, d'agir véritablement comme j'agis dans cette espèce de rêve. Au bout d'un petit moment, la vision change tout à coup, et j'aperçois une autre image : ma sœur est à mes pieds, tuée par moi, et j'ai un grand chagrin. Alors il me semble que je me réveille d'un mauvais rêve ; je me sens soulagé. »

Et l'enfant ajoute : « Je vous supplie de me venir en aide et d'obtenir de mes parents que l'on me sépare de ma sœur, sinon j'ai peur que la vision devienne encore plus forte ; alors je ne pourrai pas m'empêcher de lui obéir. »

Quand sa crise est passée, Michel S... a deux ou trois jours de fatigue un peu triste. Puis il retrouve sa gaieté ; encore trois ou quatre jours, et il semble avoir complètement oublié le paroxysme psychique récent ; il redevient alors turbulent, querelleur, toujours prêt à trépigner ou à lever la main pour la moindre contrariété. Sa grand'mère, qui s'en occupe constamment et le suit de très près, a remarqué que, tout de suite après la crise, il reste sage, calme et doux pendant quelque temps ; mais à mesure qu'il s'approche d'une crise nouvelle, il devient beaucoup plus remuant, beaucoup plus excité ; il échappe à la surveillance de son précepteur,

grimpe aux arbres, saute des murs, et vous sert tout un répertoire inattendu de mots grossiers; son sommeil est fort agité, et son appétit si vorace, qu'il engloutit littéralement ses aliments : on ne parvient pas à le rassasier.

Étant donné qu'une des sœurs de Michel S... a de franches attaques d'épilepsie, et que son père est un véritable alcoolique, je suis conduit à me demander si ces paroxysmes mentaux ne sont pas ce que Maudsley appelait des convulsions psychiques, et Falret du petit mal ou du grand mal intellectuel. C'est alors que, sur mon interrogatoire, la grand'-mère me raconte que Michel S... urine encore au lit, et a quelquefois de petites absences.

Dès lors, le traitement anticomitial me paraît devoir être essayé. Comme l'enfant ne fait que traverser Paris, je conseille :

1° De le séparer de sa sœur jusqu'à la disparition complète des impulsions;

2° De l'élever à la campagne à une altitude de 300 à 600 mètres au-dessus du niveau de la mer, et de l'exercer aux travaux des champs, tout en soignant son éducation et sa culture intellectuelle;

3° De lui donner du bromure à doses progressivement croissantes, puis progressivement décroissantes de 2 à 6 grammes par jour. Le bromure est associé à l'*Adonis vernalis,* selon la méthode de M. Betcherew;

4° De remplacer les injections de sérum, impra-

ticables à la campagne, par un bain quotidien d'eau fortement salée.

J'ai des nouvelles de Michel S... quatre ou cinq mois après cette unique consultation. Sa grand'mère, passant par Paris, est venue me dire qu'en moins de trois mois les accès de petit mal avaient disparu; l'enfant n'urine plus au lit. Mais ses paroxysmes psychiques n'ont pas cessé dans la même proportion. Ils sont moindres; mais il faut compter que le petit impulsif est maintenant séparé de sa sœur, et que ses méchancetés, quand elles lui reviennent sous leur forme impulsive, ne trouvent plus d'autre objet que les animaux domestiques ou les petits gamins du village où il vit. Je n'ai, d'ailleurs, pu obtenir que des détails assez peu précis sur l'état mental actuel de Michel S...

Son observation ne m'en paraît pas moins intéressante au point de vue de la différenciation entre les impulsions d'origine dégénérative et les impulsions d'origine comitiale chez les épileptiques.

Dans leur *Essai sur la Pathogénie et le Traitement de l'Épilepsie*, MM. Marinesco et Sérieux s'expriment de la façon suivante :

« Les impulsions conscientes des épileptiques sont, comme l'a montré M. Magnan, attribuées à tort à la névrose comitiale. Elles relèvent, au contraire, de l'état de dégénérescence des sujets, de leur déséquilibration mentale. On connaît l'inconscience de l'impulsion de l'épileptique, la perte totale du souvenir qui la suit, autant de traits qui

la différencient de l'impulsion du dégénéré. Chez ce dernier, elle apparaît poignante, avec ses caractères d'obsession, d'angoisse, d'irrésistibilité et de satisfaction consécutive à l'accomplissement de l'acte impulsif. Il y a lutte, et l'obsédé, quand il s'agit d'un sujet d'un certain niveau mental, conscient de l'odieux d'une action que réprouve son intelligence ou son sens moral, combat, contre la tendance hypertrophiée, jusqu'à l'heure où la volonté s'évanouit devant l'impulsion toujours plus angoissante. Rien de pareil chez l'épileptique, où l'image qui provoque l'acte est seule, pour ainsi dire, sur le théâtre de la conscience ; point de lutte, point d'angoisse : l'acte est fatal, inconscient... L'impulsion de l'héréditaire, par la conscience dont elle s'accompagne, par la lutte qui la précède chez le dégénéré intelligent, ne peut et ne doit pas être confondue avec l'impulsion aveugle, subite, du comitial dont la conscience est réduite à néant par la décharge épileptique. De ce qu'on observe chez l'épileptique des impulsions conscientes, il faudra conclure non pas qu'elles sont sous la dépendance de la névrose, mais bien qu'il y a coexistence d'un état de dégénérescence. »

J'ai cru d'abord que le jeune Michel S... était avant tout et par-dessus tout un comitial, et que ses impulsions angoissantes pouvaient être mises au compte du mal sacré. Il m'a suffi de relire la page ci-dessus, et celles où M. Magnan analyse si finement les différences qui, d'après lui, séparent

l'impulsion dégénérative de l'impulsion épileptique, pour sentir ma conviction première s'ébranler fortement. A l'heure actuelle, je crois que chez Michel S..., épileptique, les colères étaient surtout sous la dépendance de l'état de dégénérescence.

Observation II (*Personnelle*).

Colère comitiale (sans attaques).

Pierre E..., 11 ans.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique et tuberculeux, mère très impressionnable, mais sans stigmates de névrose.

Antécédents personnels. — La mère ne se souvient pas que son fils Pierre ait eu des convulsions dans la première enfance. L'enfant a eu la rougeole à trois ans, la scarlatine à cinq. Pas d'albuminurie.

Mme E... a un autre fils, de 18 mois plus jeune que Pierre, et qui vit à la campagne depuis deux ans ; ce fils cadet est épileptique : il a, le plus souvent la nuit, de franches attaques de haut mal.

Quant à Pierre, il n'a jamais eu une seule attaque d'épilepsie franche, ni même de petit mal. Peut-être a-t-il uriné au lit un peu plus tard que les autres enfants ; encore n'est-ce point bien certain. Sa mère me l'amène pour les crises de grande colère auxquelles il est sujet depuis l'enfance.

Dès les premiers mois de sa vie, Pierre E...

avait subitement, et sans motif appréciable, des crises de fureur qui allaient presque jusqu'aux convulsions; sa petite figure se congestionnait, devenait violette, tout son corps se raidissait en arrière, tandis que ses yeux se révulsaient en haut et ne laissaient voir que le blanc. On s'aperçut que sa nourrice buvait de l'alcool; on la renvoya pour en prendre une autre, et les colères diminuèrent dans une forte proportion. Mais tout de suite après la convalescence de sa scarlatine, qui l'avait assez fort éprouvé, les colères reprirent, et depuis lors elles n'ont fait que croître. Elles ont ceci de particulier qu'elles surviennent toujours sans motif plausible, ou du moins sous les plus futiles prétextes. Elles naissent, non parce que l'enfant a été violemment irrité, mais parce que ce jour-là, il se trouvait être irritable, et disposé d'avance à l'exaltation.

Parfois il était au contraire très apathique, très indifférent, presque endormi, et il semblait qu'alors aucune excitation ne pût avoir de prise sur son cerveau. Mais quand il était dans ses mauvais moments, ses forces se décuplaient et se déchaînaient pour un rien.

On le voyait alors s'échapper de la maison pour vagabonder tout le jour; ou bien encore grimper aux arbres du boulevard Haussmann (non loin duquel il demeurait), au risque de se rompre le cou. L'enfermait-on à la maison, il se hissait à la force du poignet jusque sur les armoires, il brisait ses jouets et en piétinait furieusement les débris.

On a dû le séparer de son frère parce que, dit la mère, ils se seraient tués. Un jour on dut arracher Jacques des mains de Pierre qui l'étranglait.

On ne put laisser Pierre en pension plus de trois mois, à cause de sa méchanceté; une fois, au réfectoire, comme son voisin de table l'avait violemment heurté, il lui planta sa fourchette dans le dos de la main. On le rendit à sa famille, et sa mère tâcha de faire elle-même son instruction. Le résultat ne fut pas merveilleux, car, bien que Pierre E... ne soit pas inintelligent, il sait tout juste lire et écrire, et compter jusqu'à cent.

Occupée à gagner sa vie, sa mère est obligée de l'abandonner à lui-même, et bien souvent il vagabonde avec les pires polissons du quartier. Il ne manque pas d'avoir avec eux des rixes quelquefois sanglantes, où il déploie une vigueur hors de proportion avec sa taille et sa musculature, et où il fait preuve d'un parfait insouci du danger, car il s'attaque constamment à de beaucoup plus grands que lui. A cinq ou six reprises il lui est même arrivé de voler de menus objets étalés à la porte des épiciers ou des marchands de jouets. Sa mère, à qui les marchands se sont plaints, m'affirme qu'il ne commet ces petits larcins que dans les moments où il est particulièrement excité et méchant; elle prétend qu'il en serait incapable dans ses périodes de calme et de saine détente.

Je ne saurais assez insister sur ce fait que les colères de Pierre E... reviennent invariablement

par crises; qu'après un certain temps d'apaisement et de vie assez douce, il est repris de sa malignité, non pas d'emblée au maximum, mais d'une façon constamment progressive. Cette ascension de sa tension nerveuse s'accompagne, je l'ai constaté maintes fois, d'une ascension parallèle de la tension artérielle qui évolue en trois, quatre ou cinq jours. Le dernier jour il y a, d'ordinaire, paroxysme, tantôt sous la forme d'un vagabondage effréné, d'une course folle qui dure tout le jour sans qu'il rentre pour déjeuner, sans qu'il ait le moindre souci de l'inquiétude maternelle, tantôt sous la forme d'un accès de fureur éclatant sous le plus futile prétexte, bataille avec les camarades ou scène au logis.

La courbe atteint alors son point culminant, d'où elle redescend d'un coup brusque aussitôt après l'assouvissement. Plus la convulsion psychique a été véhémente, plus la dépression est accentuée; quand elle est très sensible, l'enfant demeure pendant plusieurs heures, voire même pendant un ou deux jours, abruti de fatigue, mélancolique et presque timoré. Quand sa crise a été d'intensité moyenne, elle lui fait souvent l'effet d'une sorte de soulagement; on dirait d'une bonne saignée, d'un purgatif mental, après quoi il se sent plus dispos, comme débarrassé d'une angoisse, d'un poids. Il est à remarquer que ces crises de vagabondage ne sont point à proprement parler du mal comitial ambulatoire, car il garde mémoire des lieux par où

il a passé et des actes qu'il a commis. Pourtant, je pense que ces colères et ces impulsions ne sont qu'une forme fruste, et plus psychique que physique, du mal sacré.

Je crois qu'ici l'on est en droit de dire que, d'une même hérédité, son frère a pris l'épilepsie franchement convulsive, à grandes décharges musculaires avec perte de connaissance, tandis que Pierre a reçu en partage le paroxysme mental, « le mal intellectuel », comme disait Falret. J'ai été confirmé dans cette opinion par l'effet du traitement qui a été institué comme suit :

1° Régime alimentaire comprenant la suppression de tous les mets indigestes, de tous les excitants du système nerveux (vins, et toutes boissons fermentées).

2° Tribromures à la dose de 4 grammes par jour.

3° Injections de sérum artificiel, sous l'influence desquelles la dose de bromure dut être abaissée à 2 grammes.

4° Laxatifs légers, fréquemment répétés.

Grâce à cette médication, le petit sauvage qu'était Pierre E... s'est singulièrement apprivoisé dans l'espace de trois semaines. Ses vagabondages, ses colères, se sont incontestablement raréfiés. Sa mère, faisant de mauvaises affaires à Paris, s'est retirée dans une petite propriété qu'elle a en Seine-et-Marne, et là, s'est exclusivement occupée de l'instruction et de l'éducation de son enfant. Au bout de sept à huit mois de traitement (1 à 2 grammes

de bromure par jour, des bains salés remplaçant les piqûres), Mme E... a pu remettre son fils au collège, où il a fait toute une année sans incidents nécessitant de nouveau son renvoi.

Pendant les vacances dernières, Mme E..., qui me donne de temps à autre des nouvelles de son fils Pierre, a fait l'essai de lui supprimer le bromure. Au bout d'une quarantaine de jours, comme il redevenait farouche, insolent et querelleur, il a fallu lui en redonner de nouveau, et ses colères, une fois encore, ont cédé à la médication anticomitiale. Je pense donc qu'on peut classer cette observation parmi les cas d'épilepsie psychique, Rien ne nous dit que, abandonné à lui-même, sans traitement, ce fils d'intoxiqué, ce frère d'épileptique ne serait pas devenu un jour, lui aussi, sujet aux grandes attaques du haut mal.

A propos de l'observation du jeune Michel S..., j'ai dit que je croyais devoir me ranger à l'opinion de M. Magnan, lequel a fait, avec une rare ingéniosité d'observation, le partage entre les colères comitiales proprement dites et celles qui, survenant chez des épileptiques, ne sont pourtant que sous la dépendance de l'état de dégénérescence. Mais, pour ce qui est des autres observations réunies dans ce paragraphe, j'avoue me séparer un peu de l'opinion professée par l'éminent médecin en chef de Sainte-Anne.

M. Magnan, en effet, envisage comme dépendant de la dégénérescence toutes impulsions conscientes, obsédantes, angoissantes, accompagnées de lutte intérieure; celles, au contraire, qui, d'après lui, relèvent essentiellement du mal sacré sont tout à fait inconscientes et s'accompagnent de perte totale du souvenir. Il me semble que, dans bien des cas, la différence est moins nettement tranchée, que souvent le doute est permis, et qu'il n'est pas déraisonnable d'attribuer à une origine comitiale certaines colères impulsives dont le malade ne perd pas absolument le souvenir.

C'est ainsi que notre premier malade, P. de V... garde mémoire de ses colères, qui, d'autre part, sont suivies, tout comme une crise convulsive, d'abattement et de tristesse; chez lui, grandes absences et accès d'énervement ont été parallèlement améliorés par un traitement anticomitial. Il en est de même pour Auguste T... : la suppression de l'alcool a eu raison des paroxysmes physiques et mentaux. Chez Frédéric R... les accès de colère sont suivis, comme ses attaques, de mélancolie dépressive et de scrupules de conscience. On voit en lui l'énervement s'accroître d'une manière progressive jusqu'à ce que survienne une véritable convulsion psychique, immédiatement suivie de phénomènes d'épuisement nerveux.

L'observation d'Edmond K... est peut-être plus concluante encore. Il semble qu'ici, l'équivalence soit complète entre les convulsions de la première

enfance et les accès convulsifs de l'adolescence. Plus tard, les paroxysmes mentaux annoncent l'attaque ou se substituent à elle. Ils surviennent toujours, non point pour un motif plausible, mais sans apparence de prétexte, pour le seul besoin d'assouvir une forte tension nerveuse. Ils reviennent d'une manière quasi périodique, sont précédés d'une véritable boulimie, et suivis d'une brusque chute de l'énergie vitale.

L'observation de Pierre E..., fils d'alcoolique et de tuberculeux, nourri par une alcoolique, intoxiqué par la rougeole et la scarlatine, frère d'un épileptique à attaques franches, ayant lui-même, par crises assez régulièrement espacées, des colères sans motifs plausibles, suivies d'une dépression proportionnelle à l'intensité de l'exaltation préalable, me paraît pouvoir être rangée dans la catégorie des cas d'impulsions comitiales.

En résumé, je pense qu'on peut parfois attribuer une origine épileptique à des impulsions, même si elles sont conscientes et si le malade n'en perd pas complètement le souvenir, à condition qu'elles présentent un ensemble de caractères dont les traits principaux sont : le retour en accès périodiques ; le peu d'importance de l'angoisse ; l'exaspération progressivement croissante atteignant un point culminant, et tombant brusquement à une grande fatigue physique et mentale (envie de dormir, mélancolie, scrupules, etc.) ; ce fait, en outre, que les impulsions annoncent la crise et quelquefois se substi-

tuent à elle; cet autre fait, enfin, que la médication bromurée les fait disparaître en même temps que les attaques de haut mal.

La judicieuse distinction établie par M. Magnan n'en demeure pas moins utile à faire dans un très grand mombre de cas.

§ II. — DE QUELQUES PHÉNOMÈNES D'EXCITATION ET DE DÉPRESSION MENTALES EN RELATION AVEC L'ATTAQUE.

Chez la plupart de nos épileptiques, nous avons constaté de grandes modifications de l'état affectif et de l'état intellectuel, du caractère et de la tournure d'esprit, selon qn'on les envisageait en imminence paroxystique, ou tout de suite après le sommeil post-convulsif.

C'est là un fait extrêmement banal, que tous les observateurs ont constaté et relaté. Mais, dans deux de nos observations, cette évolution de l'état mental, habituellement parallèle à l'évolution de la force et de la fatigue corporelles, a pris un relief assez marqué pour que l'un et l'autre de ces faits méritent d'être rapportés.

Observation III (*Personnelle*).

La première fois que j'ai vu Auguste T...[1], le 20 mars 1877, il sortait à peine de la dépression consécutive à sa dernière crise, dépression qui tou-

1. Voir l'observation complète à la fin du volume.

jours s'accompagne chez lui de tout un cortège d'idées noires, d'obnubilation de la mémoire, d'anéantissement de la volonté et de l'attention volontaire. Dans ces moments, non seulement notre malade ne garde aucun souvenir de sa crise, mais encore son cerveau épuisé ne voit qu'au travers d'une brume épaisse les choses de sa vie passée. Il est parfaitement incapable de la moindre décision. Il lit bien quelques lignes dans un journal ou dans un livre; encore ânonne-t-il et articule-t-il très mal; mais il ne perçoit pas l'enchaînement des faits et des idées, pour ce motif que, parvenu à la fin de la phrase, il ne sait plus ce dont il était question au début.

Sa mère, qui l'accompagne, me raconte que, pendant les vingt ou vingt-quatre heures qui ont suivi ce paroxysme, son fils s'est révélé à elle sous un jour qu'elle ne connaissait pas. Il faut dire qu'elle habite à la campagne, qu'il habite à Paris, qu'il n'a d'attaques que depuis peu, et qu'elle n'a pas encore eu occasion de le voir au moment de ses crises.

Après celle-ci, la prostration physique post-convulsive s'est accompagnée d'un état de grand anéantissement intellectuel, où ne survivait qu'une idée, celle de la mort. Le jeune homme, ordinairement peu enclin aux rêveries mélancoliques, et rebelle à toute idée religieuse, avait manifesté une immense tristesse accompagnée de sentiments d'humilité, de scrupules de conscience et d'une

tendance à la foi, aux idées pieuses, dont il n'était pas coutumier. Mais cela n'avait pas duré. A mesure qu'il récupérait ses forces, voilà qu'il se montrait de nouveau d'esprit léger, impatient jusqu'à l'insolence, prompt aux plaisanteries libertines, et parfaitement méprisant pour les pensées pieuses que sa mère avait espéré voir se fixer en lui.

Ce malade n'ayant eu que fort peu de crises à partir du moment où je l'ai mis en traitement (voir le graphique n° 27), j'ai dû me contenter de cette constatation assez peu précise. J'ai pu recueillir des détails plus intéressants dans l'observation qui va suivre.

Observation XVII (*Personnelle*).

Frédéric R...[1], avocat, âgé de 41 ans, est né d'un père probablement syphilitique, et d'une mère dont la religion exaltée confine au mysticisme. Il est lui-même d'une intelligence médiocre et d'un caractère particulièrement instable. Les modifications que subit son état mental sont manifestement liées à ses attaques convulsives.

Il est venu, pendant les derniers mois de l'année 1896, s'installer à Paris pour suivre un traitement. Je l'ai vu d'une façon très régulière, à intervalles très rapprochés; sa mère m'envoyait

1. Voir l'observation complète à la fin du volume.

prévenir chaque fois qu'il avait une attaque, aussi, ai-je pu l'observer avec soin, à peu près à toutes les phases de son mal, et notamment aux heures qui précédaient de peu ou qui suivaient de près ses crises de haut-mal.

L'aspect sous lequel Frédéric R... m'apparut, quand se fut dissipée la timidité des premiers jours, est celui d'un dégénéré très vaniteux, gravement préoccupé de choses puériles, plein de faconde et de suffisance, confiant à l'excès dans le charme de son élocution; il s'exprimait avec une grande abondance de mots, et semblait se griser de paroles, pourtant médiocres.

Il est ainsi le 24, le 25 et le 26 octobre. Le 27, cet état s'accentue encore; il s'accompagne d'énervement, d'impatience, d'une tendance inattendue à l'arrogance. A propos de je ne sais quel conseil, que je lui donne avec beaucoup de calme, mon malade me répond de la manière la plus vive, sur un ton de véritable insolence. Puis, passant d'un saut brusque à un autre ordre d'idées, il se met à parler, devant sa mère, d'une fort belle fille qu'il a suivie la veille dans l'avenue de l'Opéra.

Au moment où il quitte mon cabinet, Mme R..., restée un instant en arrière, me dit qu'une attaque est sur le point de se produire, son fils parlant habituellement de ces choses, et de cette sorte, quand il est en imminence d'accès. Cela ne faisait que me confirmer dans une impression que m'avait déjà fournie la courbe du graphique.

Depuis cinq jours en effet, la pression sanguine avait été successivement de 13, de 12, de 15, de 16 c. de Hg. La pression dynamométrique n'avait pas autant varié, mais l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine était montée de 0,75 à 0,85 puis à 0,95. Le seuil de la sensibilité était passé de 5 à 3 1/2. A cette époque, je m'occupais beaucoup de numérations globulaires : le 24 j'avais compté 3 968 000 globules, et ce jour-là (27 octobre) il y en avait 4 712 000. Tout concourait donc à faire prévoir que la crise n'était pas loin.

Elle n'éclata cependant, après une nuit agitée, que le lendemain matin, 28, à 7 heures, au moment même où Frédéric R... descendait de son lit. Crise d'intensité moyenne; durée des convulsions : de huit à dix minutes environ. Lorsque j'arrivai, vers 9 heures, le malade était au lit, immobile, comme brisé, les traits du visage détendus et amollis, le regard exprimant une immense et tout animale tristesse; c'est à peine s'il eut la force de presser doucement ma main. Persuadé que la tristesse dont son visage était empreint provenait du tourment d'être un grand épileptique à attaques fréquentes, je crus devoir lui dire quelques mots de consolation. Mais j'eus la surprise de constater que cette pensée ne le préoccupait en aucune façon. Il était, en effet, très abattu et très malheureux, mais ce qui le désolait, c'était uniquement le remords de péchés point tout à fait imaginaires, mais dont il s'exagérait considérablement la gravité. Il ne me

dit pas : « Voilà encore une rechute, quelle abominable maladie que la mienne », mais bien : « Je suis un misérable, je profite de ce que je suis loin de ma femme pour la tromper. » Il ajouta que Dieu devait l'avoir en horreur, et qu'il serait épouvantable de mourir en état de péché mortel ; puis il me parla de son enfant resté en province, et dont il n'avait pas dit mot depuis plusieurs jours. Mais son attaque avait complètement bouleversé son état d'âme : l'avant-veille il n'avait pas cessé de railler les pratiques pieuses de sa mère, et peu de minutes avant mon arrivée, il venait de demander à se confesser.

A ce moment, environ deux heures et demie après la crise, la tension artérielle est de 11 c. de Hg., le seuil de la sensibilité de 7.

Le malade peut venir chez moi l'après-midi. Au dynamomètre, la main droite donne 24 kilogr. et la main gauche 20 ; l'activité de réduction est de 0,65 ; on ne compte plus dans le champ de l'hématimètre que 3 317 000 globules rouges. Au total, baisse très marquée de toutes les énergies vitales, s'accompagnant d'un état d'esprit que l'on ne peut comprendre, que si on l'envisage comme un reflet mental de cette faiblesse physique.

Les jours suivants j'ai pu assister au relèvement tout à fait parallèle des énergies qu'on peut appeler corporelles, et de l'état intellectuel.

29 octobre.

T. A.		12 1/2 de Hg.
Force dynamométrique.	Main droite	30 kilogr.
	Main gauche	22 —
Seuil de la sensibilité		7 c. m.
Activité de réduction de l'oxyhémoglobine		0,75

Le malade est encore triste, hanté de scrupules; il est comme blotti dans sa religion.

30 octobre.

État à peu près analogue à celui de la veille.

T. A.		13 c. de Hg.
Force dynamométrique.	Main droite	33 kilogr.
	Main gauche	29 —
Activité de réduction		0,70
Seuil de la sensibilité		6

31 octobre.

T. A.		14
F. dyn.	Main droite	33 k.
	Main gauche	28 k.

Le malade a retrouvé son appétit, déjeune avec un peu plus d'entrain, et se montre beaucoup moins triste après le repas. Il est encore doux et timide.

1er novembre.

T. A.		13 1/2
F. dyn.	Main droite	35 k.
	Main gauche	29 k.
Activité de réduction		0,70
Seuil de la sensibilité		5 1/2

Frédéric R... recommence à sortir seul. Les scrupules de conscience l'ont absolument abandonné; il a fredonné en s'habillant.

2 novembre.

T. A.		15
F. dyn.	Main droite .	34 k.
	Main gauche.	30 k.
Activité de réduction.		0,80

Le malade est revenu à l'état normal.

3 novembre.

Le malade n'a pas été vu.

4 novembre.

T. A.		16 1/2
F. dyn.	Main droite .	35 k.
	Main gauche.	30 k.
Activité de réduction.		0,85

Frédéric R... éprouve le besoin presque impulsif de marcher. Sa loquacité est revenue. Il fait mille projets avec un extrême optimisme. Railleries contre la religion.

5 novembre.

T. A.		19
F. dyn.	Main droite .	37 k.
	Main gauche.	30 k.
Activité de réduction.		0,9
Seuil de la sensibilité.		3 1/2

Railleries très acerbes contre les sentiments religieux de sa mère. Il méprise « les mômeries », et il déclame avec abondance contre le cléricalisme empiétant sur les droits de la société civile. Appétit vorace. Sentiment, plutôt agréable et joyeux, de légèreté et de force.

6 novembre.

T. A.		20 ou 20 1/2
F. dyn.	Main droite .	40 k.
	Main gauche.	36 k.

Sommeil léger et agité toute la nuit. Le jour, impérieux besoin de marcher et de remuer.

Activité de réduction.	1,10	Gloutonnerie extrême. Indignation furieuse contre les gens qui le heurtent ou même le frôlent en passant dans la rue. A ma consultation Frédéric R... se montre insolent, fort plein de dédain pour autrui et de satisfaction de soi-même. Sa mère me dit qu'il a, depuis la veille, des colères continuelles.
Seuil de la sensibilité.	2 1/2	
Le temps me manque pour faire la numération des globules.		

Le 7, à 6 heures du matin, Frédéric R... est pris d'une crise convulsive extrêmement intense, d'autant plus intense, semble-t-il, que le temps écoulé depuis le dernier paroxysme a été beaucoup plus long que de coutume. Quand j'arrive à huit heures et demie, le malade commence à peine à reprendre connaissance ; il est encore si totalement épuisé qu'il ne peut pas répondre à mes questions ; c'est à peine s'il peut soulever les paupières : il lui est impossible de faire un mouvement, et littéralement il est paralysé des quatre membres. La tension artérielle est si basse qu'on ne peut pas la mesurer. Il en est de même de l'activité de réduction.

Je reviens voir le malade à la fin de la matinée ; il est encore au lit ; la langue broyée, la figure piquetée de rouge, petites ruptures vasculaires tranchant sur le teint pâli. Il parle à voix tout à fait basse et chevrotante, comme si ses cordes vocales étaient détendues. Il peut à peine parvenir à plier un peu les genoux, il essaye vainement de serrer le dyna-

momètre; sa pression artérielle, qui ne marque d'abord que de 6 à 8 c. de Hg, en marque 9 vers la fin de ma visite; l'activité de réduction est de 0,60. Pour ce qui est du seuil de la sensibilité, je n'ai pu obtenir aucune réponse plausible.

Mme R... me dit que, depuis une heure à peu près, son fils recommence à articuler quelques mots; et que, selon son habitude après les crises graves, il ne lui parle que de mort et de religion. Il dit qu'il sent la vie s'en aller de lui, que sa fin doit être proche, qu'il est temps de se repentir parce qu'il est un grand coupable, que sa conduite envers sa femme est odieuse, que toute son existence n'est qu'un tissu d'iniquités, et il supplie qu'on lui amène un prêtre pour lui donner l'absolution.

Je m'approche de Frédéric R... et je cherche à le faire causer. A moi aussi, il se met à parler de fin prochaine, du remords que lui valent ses fautes innombrables, et du désir qu'il a de les effacer par la confession. Ses propos sont empreints d'une profonde humilité et, certes, à ce moment, rien n'aurait pu lui faire plus d'horreur qu'une parole libertine. Lui qui, la veille, me parlait avec tant d'insolence et d'excitation, se montrait à présent invraisemblablement timide et timoré. Pour donner une idée de l'impression qu'il me fit à ce moment-là, je dirai que cet organisme terrassé par une violente et longue décharge convulsive, n'était plus qu'à peine vivant. L'inertie de son système musculaire, la baisse extrême de sa pression sanguine,

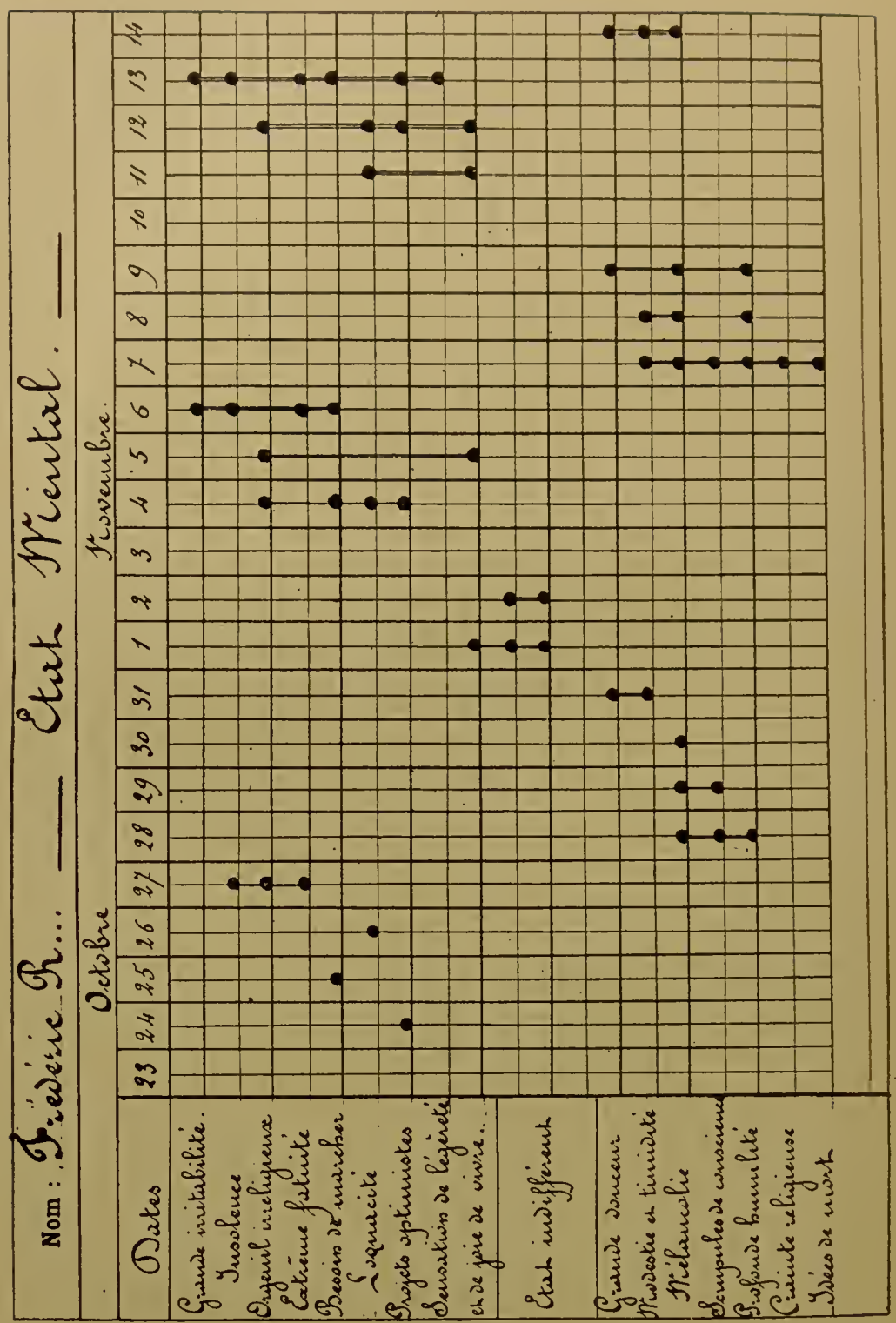

Nom : Frédéric R... — Etat Mental. —
Octobre
Novembre
Dates
23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
Grande irritabilité.
Insolence
Orgueil irreligieux
Extrême fatuité
Besoin de marcher
Loquacité
Projets optimistes
Sensation de légèreté
et de joie de vivre.
Etat indifférent
Grande douceur
Modestie et timidité
Mélancolie
Scrupules de conscience
Profonde humilité
Crainte religieuse
Idées de mort

Fig. 41.

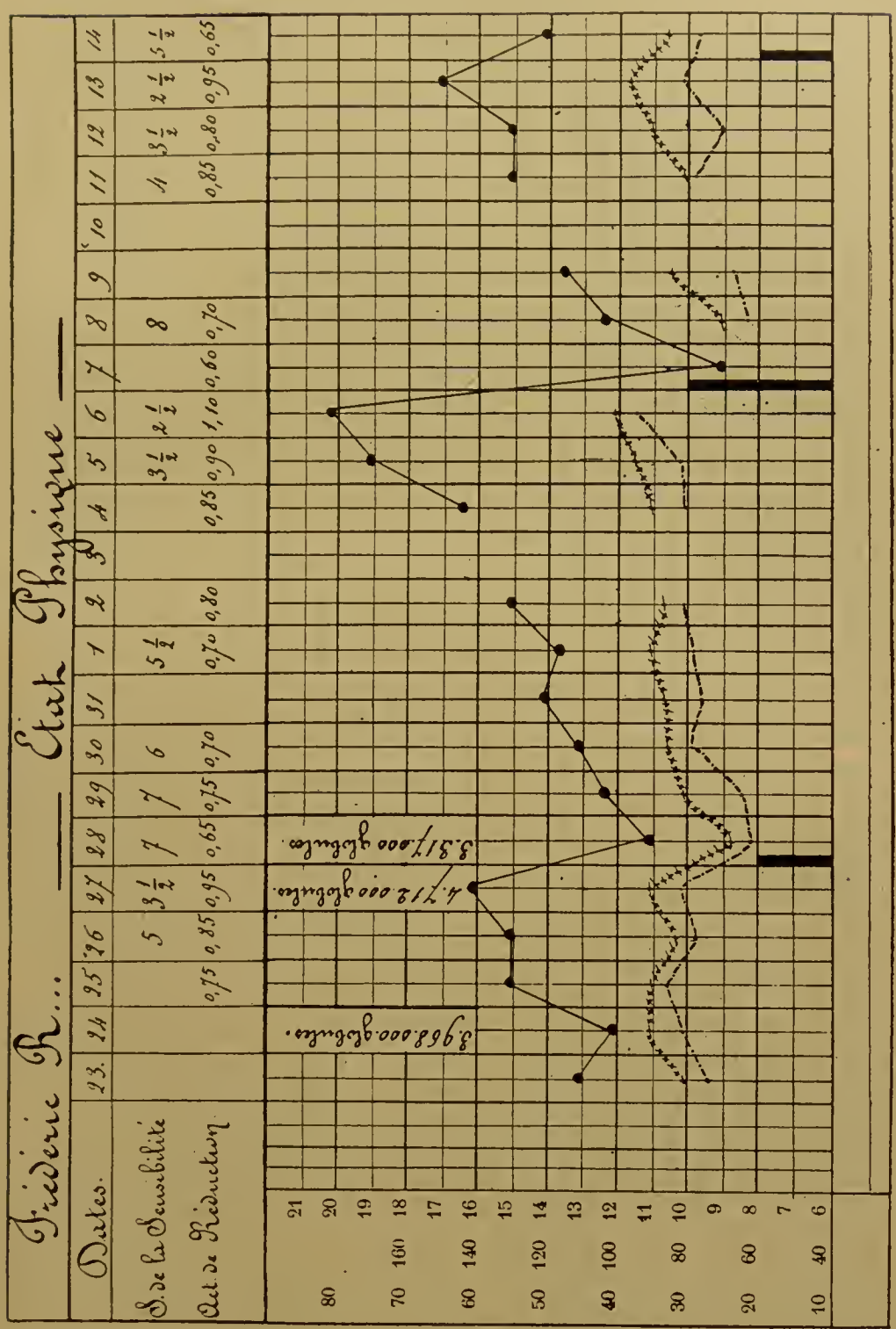

Frédéric R... — État Physique —
Dates.
S. de la Sensibilité
Act. de Réduction
3.968.000 globules.
4.712.000 globules.
3.317.000 globules.

Fig. 42.

le peu d'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine au sein de ses tissus, tout concourait à faire, de cet homme inerte et brisé, quelque chose de comparable à un agonisant. Or, de tous les organes de ce corps à vitalité si basse, les nerfs de sensibilité apportaient au cerveau la notion de déchéance profonde et de grande misère physiologique. Et le cerveau traduisait la conscience obscure qu'il en avait, par tout un ensemble des idées les plus humbles, les plus mélancoliques, les plus peureuses, par l'idée de mort qui dominait évidemment la scène, et qu'accompagnaient, comme il est fréquent de le voir, l'attente d'un châtiment et la crainte de Dieu. On sait que les hommes à très grande vigueur nerveuse, surélevée encore par la griserie du combat, donnent tout naturellement des preuves d'un parfait mépris de la mort. Un psychologue a pu dire de ces natures-là « que leur vitalité est si haute qu'ils ne peuvent pas concevoir le non-être. » Par contre, un organisme à vitalité très basse ne concevra précisément que le non-être et ne parlera que de mort. C'est le cas de notre malade.

En vérité, dans la genèse de ces deux états affectifs si différents, celui d'avant l'attaque et celui d'après, on ne saurait, je pense, invoquer l'idée fixe. La seule idée fixe qui eût pu logiquement éclore en son esprit, c'est l'idée de sa maladie et des graves inconvénients qu'elle comporte au point de vue de la paix du ménage et de la réussite professionnelle. Mais Frédéric R..., nous l'avons vu, n'en était aucu-

nement préoccupé. Il ne donnait d'autres signes que ceux de l'excitation ou de la dépression mentale ; l'approche de la crise ne provoquait chez lui qu'un état de béat optimisme, de vanité et d'insolence ; les suites de l'attaque comportaient tous les signes de la débilité mentale, très légèrement nuancée par le mysticisme de sa mère. C'est ainsi que, dans cette journée du 7 novembre, Frédéric R.... fit demander un prêtre à deux reprises différentes. Lors de sa première visite, celui qui vint le voir lui donna l'absolution ; mais le malade, un instant rasséréné, fut bientôt repris de scrupules et de doutes sur la validité de sa première confession ; il redemanda instamment le sacrement de pénitence, et fut à peine plus rassuré une heure après l'avoir reçu pour la deuxième fois.

Reprenons ici notre examen au jour le jour.

7 novembre.

T. A.	9 c. de Hg.	L'état mental vient d'être longuement décrit.
F. dyn. n'a pas pu être prise.		
Activité de réduction :	0,60	

8 novembre.

T. A.	12 1/2	Tristesse moins grande, l'esprit conçoit de nouveau la possibilité de vivre. Frédéric R... se tient debout, et peut prendre quelques aliments.
F. dyn. { Main droite .	25 k.	
F. dyn. { Main gauche.	22 k.	
Activité de réduction.	0,70	
Seuil de la sensibilité.	8	

9 novembre.

T. A.	13 1/2	Le malade parle encore avec tristesse, garde quelques vestiges de ses scrupules, s'accuse
F. dyn. { Main droite .	33 k.	
F. dyn. { Main gauche.	24 k.	

Activité de réduction : n'a pas été prise.		devant moi d'avoir prononcé des paroles légères ou impies; sa première sortie sera pour aller à l'église; grande douceur d'esprit.

10 novembre.

Le malade n'a pas été vu.

11 novembre.

T. A.	15	Frédéric R... est infiniment moins triste. Retour à l'état normal; contentement de vivre; légère volubilité dans l'élocution. Le malade mange avec appétit.
F. dyn. { Main droite .	30 k.	
F. dyn. { Main gauche.	28 k.	
Activité de réduction.	0,85	
Seuil de la sensibilité.	4	

12 novembre.

T. A.	15	État à peu près stationnaire. Frédéric R... commence déjà à railler l'influence cléricale au point de vue de la réussite au barreau.
F. dyn. { Main droite .	35 k.	
F. dyn. { Main gauche.	26 k.	
Activité de réduction.	0,80	
Seuil de la sensibilité.	3 1/2	

13 novembre.

T. A.	17	Infatigable envie de marcher. Sommeil agité. Impatience, colères promptes. Frédéric R... parle avec exubérance de ses succès auprès des femmes. Jamais il ne s'est mieux porté, il se sent tout à fait guéri. Sentiment d'être plutôt trop fort: son corps lui paraît être d'une extrême légèreté.
F. dyn. { Main droite . .	38 k.	
F. dyn. { Main gauche.	30 k.	
Activité de réduction.	0,95	
Seuil de la sensibilité.	2 1/2	
Appétit glouton.		

14 novembre.

A 4 heures du matin, crise moins forte que les précédentes, et suivie d'une dépression physique et morale proportionnée à sa moyenne intensité.

T. A.		14	Mélancolie assez marquée; grande timidité; douceur et besoin d'obéissance passive.
F. dyn.	Main droite .	32 k.	
	Main gauche.	28 k.	
Activité de réduction.		0,65	
Seuil de la sensibilité.		5 1/2	

Ainsi donc, dans cette observation clinique, vraiment aussi précise et aussi instructive que pourrait l'être une expérience de laboratoire, nous voyons, avec une fidélité dont on ne peut manquer d'être frappé, l'état d'excitation de l'écorce grise par une lésion anatomique irritante ou des toxines convulsivantes, s'accompagner d'un état d'esprit d'autant plus exalté que l'excitation était plus forte. Aussitôt consommée la décharge nerveuse, à peine le malade redonne-t-il quelques signes de vie, que c'est pour traduire l'anéantissement de ses forces par un état mental qui paraît être indissolublement lié à l'épuisement profond du système nerveux.

Tout à l'heure c'était la pression sanguine haute, le seuil de la sensibilité restreint, la force dynamométrique accrue, l'activité des échanges extrême, avec des impatiences dans les jambes, une invincible envie de marcher, et les sentiments les plus optimistes, l'insolente confiance en soi, l'humeur querelleuse, l'irréligion agressive, mille propos gaillards.

Et maintenant, c'est un sentiment si pauvre de sa propre vie, que le malade ne pense qu'à la mort et ne parle que d'elle. Son esprit est tremblant et comme submergé par la crainte de Dieu. Son humilité s'accompagne de scrupules de conscience, tels que, ayant reçu l'absolution à la fin de la matinée, il la demande encore à 5 heures du soir.

Puis peu à peu, à mesure que se fait la réintégration d'énergie dans ses centres nerveux, tout ce tableau psychique lentement se métamorphose, passe de la dépression peureuse et mélancolique à la timidité et à la douceur, de la douceur à l'optimisme, de l'optimisme à l'excitation, qui se résout enfin et s'assouvit subitement dans l'attaque d'épilepsie. On dirait une sorte de folie circulaire, où le paroxysme servirait de transition brusque entre l'état plus et l'état moins, entre les deux pôles extrêmes de la mentalité.

Je sais bien qu'il y a de très nombreuses exceptions à cette règle. On voit bien des épileptiques qui, excités avant l'attaque, sont encore exaltés après. Chez la plupart d'entre eux, la crise se dédouble et donne, après un paroxysme convulsif, une phase de convulsion mentale. D'autres fois le malade est triste avant la crise, et alerte, comme soulagé après. C'est ainsi que cela se passe pour le malade dont l'observation est brièvement résumée ci-après.

Observation XVI (*Personnelle*).

Marc J...[1], dans les heures d'accumulation d'énergie qui précède ses crises, est à la fois très sombre et très colère : on dit autour de lui qu'il n'est pas gai dans ces moments-là. Le fait est qu'il voit tout en noir, et qu'au premier abord on pourrait prendre sa manière d'être pour de la véritable mélancolie. Mais, au fond, son état n'est qu'une façon de colère ; en vérité il n'est pas triste, mais sombre et farouche. Et comme il est utile que tout aille mal pour la justification (comme eût dit Malebranche) de cette fureur contenue, il tient des propos pessimistes qui ne sont qu'une sorte de masque à l'excitation foncière. D'ailleurs, après ses crises, il n'a pas ce grand accablement de corps et d'esprit que nous constations chez la plupart de nos comitiaux, mais bien plutôt un sentiment de soulagement, d'allégement et de bien-être, que l'acte sexuel lui procure de même.

Mais ces exceptions n'infirment pas la règle générale, qui est bien celle-ci : avant l'attaque, excitation parallèlement progressive du physique et du moral ; après le paroxysme, chute brusque de l'une et l'autre courbes, puis réintégration parallèle de

1. Voir le reste de l'observation la page 154.

l'activité fonctionnelle de tous les organes et de la vigueur intellectuelle.

Des faits comme celui que nous venons d'étudier avec détails (cas de Frédéric R...) sont, je crois bien, d'un réel intérêt au point de vue de la question, actuellement si discutée, de la genèse des phénomènes affectifs.

Faut-il les croire primitifs ou secondaires à l'idée, telle est la question que se sont posée, que se posent encore philosophes et médecins. Il y a, dans un camp et dans l'autre, des esprits éminents. C'est ainsi que M. Jules Soury[1], par exemple, dans un magnifique ouvrage récent, tient que l'état d'émotion dérive d'un état intellectuel préalable, une idée étant toujours accompagnée d'un « ton affectif », comme il dit. M. Pierre Janet[2] excelle à déceler l'idée fixe latente derrière des émotions en apparence inexplicables, et quelques-unes de ses observations sont tout à fait démonstratives.

D'autre part, le professeur danois Lange, l'Américain William James, et, en France, M. Georges Dumas et Maurice de Fleury, ont soutenu, non sans arguments sérieux, l'hypothèse contraire, à savoir que, sous l'influence de l'excitation ou de la dépression de l'organisme, le cerveau qui en prend obscu-

1. *Le Système nerveux central.* (Paris, 1899, t. II, p. 1334-39).
2. *État mental des Hystériques* et *Névroses* et *Idées fixes.*

rément conscience se fixe momentanément à un cran correspondant, que, par exemple, la conscience vague de son impuissance à agir le rend peureux ou triste, et qu'en revanche le sentiment confus d'une vitalité haute le rend courageux, batailleur, orgueilleux. Après quoi, pour se justifier à lui-même cet état affectif, il s'invente de toutes pièces des idées à l'appui, et trouve, en des circonstances par elles-mêmes indifférentes, des prétextes à légitimer sa fureur ou sa peine.

C'est ainsi que les malades atteints de mélancolie dépressive, si soigneusement étudiés par M. Georges Dumas, cherchent dans leur passé des incidents souvent menus, que leur esprit reprend, ressasse, amplifie démesurément. Plongés dans un désespoir qui n'a d'autres raisons que leur épuisement nerveux, d'un péché véniel commis dans leur jeunesse ils trouvent le moyen de faire un crime abominable, pour légitimer leurs scrupules de conscience, leurs remords à vide, et donner quelque consistance à leurs gémissements.

Chez mes neurasthéniques, j'ai cent fois observé le même phénomène. Ils sont sans énergie nerveuse, et leur esprit est désolé ; mais stimulez comme il convient leur activité cérébrale par une bonne douche, une injection de sérum proportionnée à leur résistance du jour, ou, simplement, que s'éloigne un nuage qui voilait le soleil, et les voilà tout remontés et tout enclins à l'optimisme, du fait seul de cette hausse mécanique de leur activité vitale.

Je pense donc que ni l'une ni l'autre des deux doctrines ne doit être rejetée comme fausse. M. Pierre Janet, qui a surtout examiné des hystériques et des aliénés d'un genre très voisin, a grand'raison de dire que souvent l'idée fixe est la mère de l'émotion, la genèse des phénomènes affectifs dépendant ici d'un rétrécissement du champ de la conscience. C'est le mécanisme en surface, si je puis dire ; j'entends par là que la plus grande partie de l'écorce grise, que la presque-totalité du domaine intellectuel étant plongée dans la nuit, toute la lumière se concentre sur un certain point de l'esprit. Mais par cette ingénieuse et souvent juste théorie, un grand nombre de faits restent inexpliqués. A côté de ce mécanisme en surface, il y a le mécanisme en hauteur, si je puis dire. L'esprit de l'homme n'est souvent comparable qu'à une sorte de manomètre, dont le mercure oscille au gré des excitations venues du monde extérieur, passant de la fatigue à l'exaltation, de la mélancolie à la joie de vivre, de l'humilité à l'insolence, et de la crainte à la colère.

Le graphique que je me suis efforcé de dresser, des différents états affectifs observés chez Frédéric R..., selon qu'il était en imminence paroxystique ou dans l'effondrement consécutif à l'accès, me semble intéressant à consulter à ce point de vue surtout, si on le superpose aux courbes fournies par les variations de la pression sanguine et de la force dynamométrique (fig. 41 et 42).

Dans les monographies consacrées à l'épilepsie,

il est souvent question de l'état de honte et de mélancolie qui paraît affecter un grand nombre d'épileptiques, alors qu'ils reviennent à eux au sortir d'un accès ; et l'on ne manque point d'attribuer cet état d'âme au chagrin de ne pas guérir, et à la crainte d'être un objet d'horreur pour les témoins de leurs convulsions. Il y a assurément des cas où les choses se passent ainsi. Notre malade P. de V...[1], par exemple, se montrait tourmenté, quand il avait eu une crise, par le chagrin de n'être point complètement guéri ; sans doute, sa désolation s'accentuait encore du fait de sa dépression, puisque, aussitôt réparée la petite fatigue causée par ses fortes absences, il redevenait optimiste et cessait de se désoler. Il n'en est pas moins vrai que sa tristesse était rationnelle, et que, chez lui, l'idée devait jouer un rôle dans la genèse de l'émotion.

Mais dans le cas de Frédéric R..., dans celui d'Auguste T... et dans un bon nombre d'autres de nos observations, nous voyons la tristesse, le scrupule, la honte, le remords, la crainte, manifestement déterminés, non point par un état d'esprit préalable et logique, mais uniquement par la baisse extrême et subite de la vitalité, baisse qui a son reflet dans l'esprit.

Et, de même, ne voyons-nous pas des moribonds tourner à la dévotion et se convertir quand la vie leur échappe, quittes, s'ils retournent à la santé,

1. Voir son observation à la fin du volume.

à oublier leurs résolutions pieuses, et à recouvrer l'indépendance avec la force. C'est pour cela qu'un philosophe de ce temps[1] craignant d'avoir peur et de se convertir lorsque sa vitalité serait basse, avait prié que l'on ne tînt pas compte de ses dernières volontés, au cas où son esprit atténué aurait voulu s'humilier *in extremis* devant la foi que son intelligence saine et libre ne pouvait pas admettre. C'est qu'il connaissait bien les oscillations que décrit, le long de l'échelle de ses énergies, une âme affaiblie ou exaspérée par la maladie; et il ne voulait pas qu'on pût imputer à son nom les actions d'une personne humaine aussi différente de lui.

Ce n'est point faire d'inutile besogne que de comparer, à ces épisodes psychiques du mal sacré, d'autres faits analogues qu'un médecin est souvent à même d'observer. Là encore, nous pourrons voir l'idée n'intervenir que secondairement, par besoin de logique, et pour justifier un état affectif préalablement établi.

Chez les neurasthéniques, par exemple, qu'on sait être sujets à de fortes oscillations de l'énergie nerveuse, nous voyons l'acte sexuel, qui est aussi une façon de paroxysme, déterminer souvent un grand état d'abattement moral, de pessimisme, de crainte et de remords, hors de proportion avec la gravité du péché qu'ils viennent de commettre. Un

1. Renan, *Souvenirs d'Enfance et de Jeunesse.*

de mes malades, qui ne croit pas en Dieu, prétend n'avoir aucune chance et ne rien pouvoir entreprendre avec bonheur dans les quarante-huit heures qui suivent le coït. Il se sent comme sous le coup d'un châtiment qu'il aurait mérité ; il est en état de remords, et cependant, aucune loi divine ni humaine n'assujettit son jugement intime. D'autre part, il n'est pas hystérique, et aucun incident, survenu après le coït, n'a pu constituer, dans sa subconscience, quelque idée fixe plus ou moins latente. Sitôt que l'énergie a réintégré ses centres nerveux, sitôt que s'est refaite sa nutrition momentanément ralentie, il se moque du sentiment qui, la veille, le paralysait et l'empêchait d'agir, tant il était sûr, par avance, d'échouer dans son entreprise.

Bien souvent, les femmes nerveuses présentent, au moment de leurs règles, des phénomènes analogues. Nous avons déjà vu[1] de quelles variations dans la courbe de la tension artérielle et de l'état des forces s'accompagne ordinairement la période menstruelle. Il est fréquent de voir des modifications du caractère s'inscrire parallèlement : le plus souvent ce sont, tout au début, de l'énervement, un grand besoin d'activité, des colères à propos de rien ; la venue du flux menstruel soulage cette tension nerveuse, parfois suivie d'abattement, de tristesse, d'inappétence, de dilatation de l'estomac et d'atonie de l'intestin.

1. Voir page 69 et suiv.

Une de mes malades, sujette à d'atroces migraines, — qui la laissent pendant deux ou trois jours dans un état profond d'anéantissement intellectuel, d'incapacité absolue au travail, d'obnubilation de la mémoire, de paralysie de la volonté, de sentiment extrêmement mélancolique de déchéance et d'impuissance, — n'est jamais aussi bien que la veille du jour où le mal doit la prendre. Elle sait cependant quelle abominable souffrance l'attend le lendemain. Mais, malgré cette certitude, elle ne peut se désoler. Un si grand bien-être, une si parfaite « euphorie » emplit toute sa personne, son corps est si léger et son esprit si plein de verve, son entrain à vivre si complèt, qu'elle ne pourrait pas ne pas être joyeuse. Son histoire est à rapprocher de celle, partout racontée, du malade de Ross, qui connaissait à son humeur qu'une attaque d'épilepsie n'était pas loin. « Je me sens, disait-il, très heureux, très joyeux, et cependant il n'y a rien dans ma situation qui puisse justifier ce sentiment, puisque ce sont mes accès qui m'ont fait perdre ma position. » Chez un malade de M. Magnan, dont le cas est cité dans l'ouvrage de MM. Marinesco et Sérieux, une phase expansive se produisait la veille de chaque accès comitial, éveillant en lui la fatuité la plus inattendue; quoique fort laid, il devenait d'une invraisemblable coquetterie, ne doutant de rien, se montrant avec les femmes d'une témérité d'autant plus surprenante qu'elle contrastait avec sa modestie, sa réserve et sa timidité habituelles. « Dans

d'autres cas, disent les mêmes auteurs, la période prémonitoire se traduit par un état d'énervement, d'irascibilité qui provoque l'apparition d'accès de colère et de fureur. Hors des asiles, ce changement d'humeur est fertile en rixes et en actes regrettables de toutes sortes (Magnan). Ces malades, jouissant d'une apparente lucidité et paraissant agir sous l'influence de la colère, sont souvent, dans ces circonstances, déclarés responsables et condamnés.

Ce n'est point une idée qui commande à ces sortes d'émotions.

Gubler a vu la médication bromurée rendre mélancolique, humble et timide un paralytique général en plein délire des grandeurs. J'ai vu la même chose chez le nommé Jules V..., chocolatier, qui s'imaginait être un potentat de la finance, faisait chaque jour des achats magnifiques et fous, et qui, dompté par 8 ou 10 grammes de Kbr. quotidiennement absorbés, devint aussi modeste, aussi peureux et aussi triste qu'il était primitivement orgueilleux et exubérant. Chez lui la tension artérielle, d'abord très haute (22 à 24 c. m. de Hg.) était tombée sous l'influence du bromure à 10 ou 11 centimètres.

Comment pourrait-on expliquer, par l'hypothèse d'une idée préalable commandant à l'émotion, les modifications de l'état mental apportées par tout ce qui grise, par l'alcool, par la musique, par le café, qu'une de mes malades appelle, dans sa langue imagée des faubourgs de Paris, « de la

graine de bonne humeur »? Nous voyons, sous l'influence de la douche, de la chaleur, du bain salé, du bain statique, du bain de lumière, de l'inhalation de gaz toniques (oxygène, ozone) ou tout simplement irritants (vapeurs nitreuses, acide fluorhydrique, etc.), le moral de l'homme se relever et passer, en peu de minutes, de la détresse à l'espérance. Un petit enfant nerveux de ma clientèle, ordinairement doux et triste, ayant été massé d'une façon trop forte et trop prolongée, changea de caractère ; il devint loquace, impatient, insolent et colère ; la cessation du massage fit cesser cet état d'esprit, qui recommença quand l'enfant fut massé de nouveau par la même main trop zélée. Voilà beaucoup de cas où, véritablement, il est clair que, sous l'unique influence d'une hausse ou d'une baisse de l'activité vitale, les émotions de joie ou de colère, de crainte ou de mélancolie, sont apparues, engendrant à leur tour un état intellectuel conforme, des idées de justification pour employer le mot de Malebranche.

Cela n'infirme en rien la vérité des faits observés par M. Janet, ni la solidité de sa doctrine. Mais si les médecins et les philosophes qui ont surtout étudié des hystériques ne peuvent manquer de croire à l'idée fixe mère de l'émotion, ceux qui observent, surtout des neurasthéniques, des mélancoliques ou des épileptiques, tendent inévitablement à admettre la priorité de l'état affectif. C'est que, sans doute, l'hystérie est une maladie corporelle

née de l'idée, tandis que la neurasthénie se conçoit, bien plutôt, comme une maladie de l'esprit née d'un mauvais fonctionnement de notre organisme physique, comme le reflet dans l'esprit de l'épuisement du système nerveux.

Et s'il était permis de remonter dans le passé pour rechercher comment l'humanité a connu les émotions, je pencherais à croire que, dans les premiers âges, l'homme fut uniquement colère d'être trop fort, triste d'être abattu. A ces états affectifs rudimentaires, l'expérience a, par la suite, associé certaines images mentales, certaines idées concordantes, et c'est seulement dans un âge plus avancé de l'évolution humaine, que les idées ont dû influer à leur tour sur les émotions.

QUATRIÈME PARTIE

TRAITEMENT

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Résumé des données acquises dans les chapitres précédents. — Les deux principales données du problème thérapeutique : 1° Diminuer l'excitabilité de l'écorce; 2° enrayer l'action des agents provocateurs. — Épilepsie directe, épilepsie réflexe. — Irritants mécaniques et irritants chimiques de l'écorce cérébrale. — Moyens de diminuer l'excitabilité cérébrale; les bromures; choix de la préparation; doses quotidiennes; mode d'administration; adjuvants nécessaires. — Moyens d'enrayer l'action des agents provocateurs; régime alimentaire. — Règles d'hygiène générale.

Dans un ouvrage comme celui-ci, où je me suis volontairement borné à résumer quelques observations cliniques de mal comitial, il ne saurait y avoir place pour une grande étude d'ensemble sur le traitement du mal sacré. Je ne puis que renvoyer le lecteur aux essais magistraux de Eulenburg[1], de Ch. Féré[2], de Sérieux et Marinesco[3]. Pour le côté

1, Eulenburg, Ueber den jetzigen Stand der Epilepsiebehandlung (*Therapeutische Monatsh.*, 1893, n° 11 und 12).

2. *Loc. cit.* et *Dict. de Thérapeutique appliquée de Robin.*

3. *Loc. cit.*

chirurgical de la question, on pourra consulter utilement la thèse du Dr Rellay (1893), élève de M. Bourneville; la statistique des opérations de Alexander (1889), de Kummel (1892), de Jacksh, de Bodjanik (1893), de Jaboulay (1895), de Jonnesco (1896 et 1897), et surtout de Chipault (1894 à 1899). Le tout me paraît être judicieusement exposé dans un article de M. Charles Amat[1], paru dans le *Bulletin général de Thérapeutique* de l'an dernier.

Bornons-nous à tirer un enseignement pratique des documents que nous venons de grouper et de résumer dans les chapitres précédents.

Il ne sera pas inutile de les rappeler ici brièvement.

Au chapitre premier, nous avons constaté que dans un grand nombre de cas, — les plus bénins à mon avis, — les paroxysmes du haut mal et du petit mal évoluent sur un terrain de misère physiologique, dont nous donnent une idée claire les graphiques de la tension artérielle, de la force dynamométrique, de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine, etc., etc. Chez ces malades le relèvement de l'état général par une médication, qui soit tonique sans être toxique, est par conséquent indiqué.

Au chapitre suivant, nos tracés nous ont fait voir

1. Charles Amat, *L'Épilepsie essentielle. Ce qu'a donné son traitement par la sympathicectomie*, 15 mai 1899.

de quelle exaltation d'ensemble de toutes les énergies vitales le paroxysme est précédé, et de quel profond épuisement nerveux il est suivi ; nous avons appris, en outre, que cette exaltation préparoxystique s'accentue d'autant plus que le malade est plus faible ; voilà qui corrobore encore l'indication d'un traitement tonique. Et cela nous commande en même temps, d'éviter tout ce qui pourrait hausser brutalement la pression sanguine. On a grand'raison de défendre l'alcool, le café, tous les excitants artificiels du système nerveux aux malades sujets aux crises de haut mal.

M. Féré raconte quelque part qu'ayant voulu, pour faciliter l'élimination des toxines, traiter un de ses comitiaux par la pilocarpine, il vit l'attaque survenir au moment où le médicament commençait à agir. J'ai eu l'explication probable de ce fait, un jour que je suivais, avec attention, les variations de la tension artérielle chez une neurasthénique à qui je venais de faire une injection hypodermique de chlorhydrate de pilocarpine (0gr,005). De minute en minute j'ai vu la pression sanguine à la radiale se hausser de 15 1/2 à 16, 17 1/2, 19, 20 1/2, puis enfin 22 c. de Hg. Ce maximum atteint, le nombre des pulsations s'étant élevé de 68 à 104, la salivation commença ; presque aussitôt la courbe de la pression sanguine et du nombre des pulsations se mit à redescendre ; elle s'abaissa plus nettement encore quand la transpiration fut abondante ; au bout de vingt-cinq minutes, elle était revenue à son

point de départ 15 1/2, et, une demi-heure plus tard, elle n'était plus que de 12; le sujet accusait une grande fatigue. Si, dans le cas de M. Féré, l'injection de pilocarpine a pu provoquer un accès, c'est que, sans doute, le médicament avait déterminé, comme chez ma malade, une très forte hausse de la pression artérielle, et avait mis son cerveau excitable au cran où se produit le déclenchement convulsif.

Les deux observations publiées dans notre chapitre troisième nous ont fait voir que parfois, bien que l'attaque ait tous les caractères de l'épilepsie générale, un des côtés du corps participe au paroxysme avec bien plus d'activité que l'autre. Cette forme du mal sacré, intermédiaire entre l'épilepsie essentielle et l'épilepsie Jacksonienne, est habituellement peu accessible au traitement. Il semble qu'elle soit causée par des lésions anatomiques plutôt que par de l'intoxication, et que ces lésions, partout répandues sur l'écorce, aient pris pourtant plus d'importance sur l'un ou l'autre des hémisphères cérébraux. La distinction que nous permet de faire ici la courbe de la force dynamométrique de la main droite et de la main gauche est d'une évidente importance au point de vue thérapeutique.

Nous avons constaté ensuite (chap. IV) que les femmes épileptiques sont beaucoup plus sujettes aux accidents comitiaux au moment de leurs époques menstruelles. Les modifications apportées par les règles aux graphiques de la tension arté-

rielle, nous ont permis de comprendre le motif vraisemblable de cette susceptibilité momentanée.

Nous nous sommes ensuite attachés à étudier les variations que la médication bromurée inflige aux différentes activités fonctionnelles. Nous avons vu que ce précieux agent thérapeutique, dont l'action modératrice de l'irritabilité corticale n'est égalée par aucun autre, a, cependant, quand on l'emploie seul, plus d'un inconvénient; que, par exemple, sans parler des phénomènes du grand bromisme, il détermine, en même temps que de la perte de la mémoire, de l'abrutissement et de la dépression mentale, une diminution de la capacité vitale et un véritable ralentissement de la nutrition; que, notamment, il finit par atténuer ainsi la capacité cellulaire à l'absorption médicamenteuse, si bien qu'il faut en venir à de très fortes doses pour tenir ses malades à l'abri des convulsions; mais que, si l'on ajoute à la médication bromurée, les stimulations mécaniques du système nerveux méthodiquement employées, il est possible d'obtenir le maximum d'effet utile avec des doses deux ou trois fois moindres de Kbr., tout en procurant aux sujets une amélioration très marquée de leur état intellectuel et moral. En matière de maladies infectieuses, il est d'usage de faire la part du microbe pathogène et celle du terrain; de même en matière de traitement, il convient de faire la part du médicament actif et celle de l'organisme qui le reçoit; augmenter indéfiniment les doses d'une drogue est

assurément moins rationnel que d'augmenter la capacité de l'économie à l'assimilation et à l'élimination de cette drogue. C'est ce que nous croyons faire en soumettant nos épileptiques aux injections hypodermiques de solutions salines, tout en les maintenant à la dose de bromure strictement nécessaire.

Les injections de sérum ont encore cet avantage (chap. VI) de remédier à cette misère physiologique qui, nous l'avons vu, est le lot de la plupart des comitiaux. En rendant leur cerveau moins faible, elles le rendent du même coup plus stable, moins apte à réagir aux causes irritantes. Elles jouent donc un rôle secourable à plus d'un point de vue.

Dans le chapitre VII, une observation très détaillée de petite urémie nerveuse (petit mal comitial par petit brightisme), nous a montré quel rôle l'intoxication et le défaut d'élimination peuvent jouer dans la genèse des états convulsifs. Quand un épileptique a de l'hypertension artérielle soutenue, quand cette hypertension ne cède pas à la suppression de l'alcool et à la mise à l'eau, il est sage de rechercher les plus légères traces d'albumine et de se renseigner sur le degré de la toxicité urinaire. Si l'élimination ne se fait qu'imparfaitement, le lavage de l'organisme par la diète lactée intégrale rendra des services de premier ordre comme on voit dans l'observation de François V...

En dehors de l'intoxication brightique propre-

ment dite, il existe une forme de mal comitial qui paraît être en relation directe avec le fonctionnement défectueux de l'appareil gastro-intestinal. Notre chapitre VIII est consacré à grouper toute une série d'observations très suivies, où, selon les cas, la suppression de l'alcool, l'adoption d'un régime alimentaire de moyenne rigueur (eau pure, viandes grillées et rôties, légumes en purées, fruits cuits), la mise au régime lacté ou lacto-végétarien, les lavages de l'estomac et de l'intestin ont déterminé le changement le plus favorable dans l'évolution du mal, au triple point de vue du nombre des attaques, de leur intensité et de l'état psychique.

Les deux chapitres qui viennent après, consacrés, l'un à l'étude de deux cas d'épilepsie sensorielle auditive, très améliorés par le régime alimentaire, l'autre à l'analyse des paroxysmes intellectuels, n'ont fait que nous confirmer dans les notions précédemment acquises.

Les données du problème thérapeutique nous apparaissent maintenant avec assez de relief et de netteté pour que nous puissions en tenter la solution rationnelle.

Dans l'excellent ouvrage auquel nous avons fait déjà plus d'un emprunt, MM. Sérieux et Marinesco pensent que deux idées maîtresses doivent guider le médecin : « Il faut, d'une part, viser à modifier l'état permanent, à diminuer l'excitabilité de

l'écorce cérébrale ; d'autre part, prévenir l'intervention des agents provocateurs et, par là, empêcher le déroulement de l'accès. » Acceptons après eux cette division qui s'impose. L'épilepsie, à l'époque actuelle de nos connaissances neurologiques, ne peut nous apparaître que comme une maladie de la substance grise corticale des hémisphères cérébraux. Elle consiste essentiellement en une tare, héritée ou acquise, à laquelle MM. Claus et Van der Stricht ont donné le nom de *spasmophilie*. Tous les phénomènes du grand mal ou du petit mal épileptique sont explicables par l'hypothèse d'une lésion anatomique ou d'un trouble fonctionnel du manteau cérébral. L'anatomie pathologique nous montre fréquemment, à la surface des hémisphères ou dans les méninges, des lésions irritatives qui sont la cause manifeste et suffisante des accidents comitiaux. Dans d'autres cas, on ne peut accuser l'écorce que d'une simple prédisposition, que d'une tendance particulièrement marquée au paroxysme ; il faut alors chercher ailleurs l'épine irritante qui détermine les accès. On sait que la substance grise du cerveau n'est autre chose que le rendez-vous général et que l'aboutissant ultime de tous nos nerfs de sensibilité, qui lui apportent et y déposent les sensations de toutes sortes, tant celles qui nous viennent du monde extérieur, que celles qui naissent incessamment dans toutes les parties de notre économie. Le cerveau, pour les physiologistes et les neurologistes modernes, est le lieu de concentration de toutes nos sensibilités,

et l'écorce elle-même n'est que la surface sensible par excellence. Comme elle est la plus proche des éléments moteurs, les agents qui l'irritent directement sont évidemment ceux qui déterminent le plus immédiatement l'éclat des phénomènes convulsifs; mais supposez qu'une irritation pareille siège sur l'une quelconque de nos périphéries sensitives, ou sur le trajet même d'un filet nerveux centripète, et l'irritation, pour être moins directe, n'en aboutira pas moins aux éléments moteurs. Il n'y a de différence entre l'épilepsie directe et l'épilepsie réflexe que la longueur du nerf sensitif qui sépare le point irrité de la surface du cerveau. Les corps étrangers du tube digestif (tænia, oxyures, etc.), les tumeurs des fosses nasales et du larynx, les cicatrices cutanées, les névromes, le phimosis, etc., agissent, au total, par le même mécanisme que les tubercules de la pie-mère, l'épaississement des méninges, les esquilles osseuses comprimant la zone motrice.

Dans l'un et l'autre cas, l'agent d'irritation apporte au centre qui préside à la motricité, un surcroît d'énergie continuellement accru, jusqu'au moment où l'accumulation trop forte devient intolérable et où se déchaîne en avalanche le paroxysme convulsif. C'est ici le lieu de rappeler les expériences de M. François Franck démontrant qu'il se fait un véritable entraînement des centres nerveux à la convulsion, que nos tissus prennent des habitudes, et que, plus un cerveau a de décharges convulsives, et plus il est enclin à en avoir de toujours

plus fortes et de toujours plus fréquentes. Supprimer les attaques par un traitement approprié, ce n'est pas uniquement entraver l'action de la cause irritante, c'est aussi faire perdre au cerveau l'habitude, par lui contractée, de la convulsion fréquente. C'est ainsi que, la même épine subsistant, le retour des accès sera d'autant plus difficile qu'on sera parvenu à les éteindre depuis plus longtemps.

Il y a plus. M. Marinesco, dans une communication à l'Académie des sciences (1899), a montré que l'attaque convulsive intense s'accompagne très vraisemblablement d'une véritable usure de la cellule cérébrale. « Il me semble hors de doute, écrit-il, que cette activité anormale et prolongée de la cellule nerveuse doive s'accompagner de modifications structurales du neurone. » Le seul fait de supprimer les attaques convulsives constitue donc déjà un grand bienfait pour le malade, puisqu'il lui fait perdre l'habitude de la convulsion, et lui permet de réparer l'usure anatomique de ses cellules cérébrales.

Dans la plupart des observations où l'on nous a fourni, sur l'évolution morbide, des renseignements précis, nous avons vu les accidents du mal sacré débuter avec modération et s'aggraver continuellement pour atteindre à un certain degré d'intensité, où ils se fixent. Il serait donc tout à fait important de soigner les épileptiques, — et les enfants surtout, — avant qu'ait fini de s'accomplir cette marche ascendante. On peut consulter utilement à ce point de

vue les figures 31, 32 et 29 où sont relatées les attaques de Jeanne S..., de Charlotte F... et de Rosalie B... Le traitement a été d'une efficacité d'autant plus complète que le mal était plus récent et l'habitude des paroxysmes moins enracinée.

Mais ce n'est pas au médecin qu'il faut dire cela, c'est aux malades, et surtout aux parents d'enfants épileptiques.

Dans le même ordre d'idées, constatons encore que le paroxysme comitial, une fois commencé, va plus loin qu'il ne serait nécessaire selon les lois de la seule mécanique. En effet, si la décharge musculaire restituée par l'organisme du malade équivalait exactement à l'énergie accumulée en lui par la source d'irritation, il n'y aurait pas dépression consécutive, mais simple retour à l'équilibre. Entraîné par la vitesse acquise, le système nerveux passe le but, et la courbe, au lieu de descendre seulement les degrés qu'elle avait montés, tombe beaucoup plus bas. C'est là un phénomène dont le neurologiste a fréquemment occasion d'observer les équivalents. Cet affaiblissement continu, résultant du fait seul de l'attaque, est encore une des raisons de la multiplication des accidents, puisque nous avons vu qu'un cerveau se montre d'autant plus irritable qu'il est plus débilité.

Donc, si nous envisageons l'épilepsie selon le point de l'organisme où porte l'agent d'irritation, nous admettrons une épilepsie corticale ou directe, et une épilepsie réflexe. Nous venons de voir tout à

l'heure par quel mécanisme agit cette dernière. Elle est souvent justiciable de l'intervention chirurgicale : l'extirpation d'une tumeur, d'une cicatrice, d'un névrome, l'élongation d'un nerf ont donné d'excellents résultats, auxquels nous n'avons rien à ajouter.

Quant à l'épilepsie corticale, la lésion peut être diffuse et généralisée à tout le manteau cérébral, ou bien localisée et donnant lieu au syndrome jacksonien. Dans l'épilepsie partielle, l'intervention sanglante (couronne de trépan au niveau de la lésion initiale) paraît tout à fait légitime, même si les résultats éloignés de l'opération ne sont pas toujours aussi heureux qu'on l'avait espéré d'abord. Dans le cas où l'attaque, générale d'emblée, s'accompagne d'une exaltation puis d'une dépression plus marquée dans une moitié du corps (voir les observations d'Edmond K... et de M. S... rapportées au chapitre III), si, d'autre part, les malades sont rebelles au traitement médical ordinaire, j'estime qu'il est permis de proposer les larges ouvertures crâniennes mettant à nu la presque totalité d'un hémisphère.

Mais si l'on se trouve en présence d'un cas d'épilepsie vulgaire, essentielle, où prennent part également l'une et l'autre moitié du corps, c'est au seul traitement médical qu'il faut, je pense, avoir recours. Aucun des traitements opératoires proposés jusqu'ici, et nés d'une conception théorique, n'a fait ses preuves suffisantes, qu'il s'agisse de la ligature des artères vertébrales, pour éviter la congestion, ou

de l'extirpation du ganglion cervical supérieur du grand sympathique, en vue de combattre l'ischémie cérébrale.

Si maintenant nous envisageons la nature des excitations susceptibles de provoquer les accidents comitiaux, nous constatons qu'il y en a de mécaniques et de chimiques.

Les premières semblent agir du fait de leur seule présence, par contact irritant. Ce sont tantôt des lésions grossières : épaississement des méninges, tubercules de la pie-mère, etc., etc. ; tantôt des lésions plus fines, sclérose névroglique de M. Charlin, ou modifications encore mal connues du protoplasma des cellules nerveuses. Il est probable qu'à mesure que se perfectionnera la technique pour l'étude de l'anatomie pathologique cellulaire, nous apprendrons à mieux connaître les lésions, vraisemblablement constantes, qui font que le cerveau d'un enfant ou d'un homme est en équilibre instable (Sérieux et Marinesco), et propre aux paroxysmes.

Pour ma part, je penche à croire que, chez tout épileptique, il y a, peu ou prou, de ces lésions anatomiques. Chez les uns, elles sont d'une extrême importance, et constituent à elles seules tout le mal. Ce sont les mauvais cas, ceux sur lesquels nos méthodes actuelles n'ont qu'une prise médiocre. Mais il en est d'autres, plus nombreux, je crois bien,

où la lésion anatomique, peu marquée, ne constitue qu'une prédisposition. C'est elle qui fait la possibilité du mal; ce n'est pas elle qui produit l'éclosion des accidents. Si le malade est un épileptique, c'est que son écorce est touchée; mais s'il est pris aujourd'hui d'un accès convulsif ou de quelque vertige, c'est que des irritations habituellement venues de l'appareil gastro-intestinal, ou bien les résidus d'une mauvaise digestion, agissent puissamment par excitation réflexe, ou par empoisonnement chimique du système nerveux central.

D'innombrables expériences, celles de M. Magnan et de M. J.-V. Laborde notamment, nous ont montré les propriétés convulsivantes de l'absinthe, des alcools, des essences, des épices; et, d'autre part, l'urée en quantité excessive (Hughlins Jackson), l'acide urique (Ferguson), les leucomaïnes (Griffiths), les putréfactions intestinales que l'indican révèle dans l'urine (Herther et Smith), etc., etc., sont des produits que tout le monde tend actuellement à accuser d'être irritants au premier chef, et fort capables de déterminer, par intoxication ou par excitation réflexe, l'éclat des convulsions dans un cerveau prédisposé. Nous avons vu, dans la seconde partie de cet ouvrage, de quel secours peut être le régime alimentaire chez beaucoup de comitiaux.

Quant à la façon dont agissent, sur la circulation cérébrale, tous ces agents toxiques ou mécaniques, nous manquons véritablement d'arguments décisifs. Pour ma part, je vois à peu près autant

de motifs à admettre la théorie de la congestion cérébrale qu'à adopter celle de l'anémie. La génération actuelle de chirurgiens qui enlève le ganglion cervical supérieur du grand sympathique pour rendre impossible l'ischémie cérébrale, n'a pas plus à s'enorgueillir de sa trouvaille que la génération précédente, qui pratiquait la ligature des artères vertébrales pour entraver la congestion. Aucune observation clinique, aucune expérience de laboratoire, aucun résultat thérapeutique ne justifie l'une ou l'autre de ces interventions sanglantes, à moins que tout n'ait échoué.

Si je m'en rapporte aux observations et aux graphiques de pouls capillaire que nous publions dans notre chapitre II (p. 35), j'aurais plutôt tendance à croire que l'attaque comitiale s'accompagne toujours d'une forte hypertension d'origine centrale, et que la périphérie cède souvent sous la poussée.

Il faut donc éviter dans l'hygiène des épileptiques tout ce qui peut produire cette hausse subite de la pression sanguine avec ou sans vaso-dilatation capillaire. On proscrira non seulement l'absinthe, les alcools, le café, le thé, les préparations de caféine et de kola, les élixirs médicamenteux, mais encore le vin de table, même dilué d'eau, la bière, le cidre, les boissons fermentées, et tous ces aliments indigestes qui font les dilatés de l'estomac rouges, gonflés et anhélants à la fin des repas. On évitera de même les secousses brusques et les émotions, dans la limite où c'est humainement possible.

Dans une étude à laquelle nous avons fait allusion au commencement de ce chapitre, le professeur Eulenburg, de Berlin, a tracé magistralement les règles générales à suivre dans le traitement du mal comitial. « Pour traiter les épileptiques, dit-il, il importe d'abord de se renseigner avec soin sur les antécédents familiaux, sur l'état physique et mental du sujet, sur tout ce qui se rapporte à l'évolution de la maladie, nombre, durée, intensité, mode de succession des crises, troubles consécutifs, symptômes observés dans l'intervalle des accès. Dénué de ces notions nécessaires, le praticien ne peut qu'aller à l'aventure. Si l'on veut un bon guide il faut se procurer les documents permettant de tracer la courbe des accidents convulsifs. Alors seulement on aura quelques chances de faire un traitement logique et efficace. »

Je vais plus loin que l'éminent directeur de la *Semaine Médicale de Berlin*, et je pense que, pour instituer d'une façon vraiment rationnelle la cure d'un épileptique, il est utile de recueillir d'une façon suivie, non seulement le graphique de ses attaques, mais encore celui de la pression sanguine, de la force dynamométrique, de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine, etc., etc. Il importe en effet de savoir si un comitial appartient au type vraiment hypersthénique, ou s'il n'est qu'un ralenti de la nutrition, si ses attaques sont précédées d'une grande exaltation des forces et suivies d'une extrême dépression, si la main droite ne participe pas aux

paroxysmes plus que la gauche, ou réciproquement, si le repas, le sommeil, la fatigue, la venue des règles n'influent pas d'une façon particulière, si son estomac n'est pas dilaté, si l'analyse de ses urines et la recherche du degré de sa toxicité ne révèle pas la présence de l'albumine, quelque trouble de nutrition, une élimination insuffisante des déchets. C'est, je crois bien, parce que nous avons tenu compte de tous ces éléments que nous avons obtenu chez un grand nombre de nos malades des résultats supérieurs aux moyennes habituelles. Dans une maladie à éléments complexes comme l'épilepsie, un traitement simpliste risquera souvent d'échouer.

L'expérience acquise, grâce à un petit nombre de malades (une vingtaine tout au plus), minutieusement et patiemment observés, me conduit à penser que, dans la plupart des cas d'épilepsie dite essentielle, les grandes lignes du traitement peuvent s'envisager de la façon suivante.

A. — PREMIÈRE INDICATION : MODÉRER L'EXCITABILITÉ DE L'ÉCORCE

Cette prédisposition, cette possibilité des convulsions, cette « spasmophilie », constituent ce que MM. Sérieux et Marinesco appellent l'état fondamental et permanent des comitiaux. Pour lutter contre, on a proposé des médicaments par centaines ;

peu d'entre eux sont restés d'un usage courant. Mais je ne veux parler que pour mémoire de l'opium, de l'antipyrine, du borax, du seigle ergoté, de l'arsenic, de l'hydrate d'amylène, et même du chloral, dont l'action sur l'excitabilité corticale n'est pourtant pas douteuse. Et j'en viens tout de suite au médicament fidèle par excellence, à celui sur lequel on peut presque toujours compter, à celui qui constitue et constituera longtemps encore le fond même du traitement anticomitial, — le bromure, sous l'une ou l'autre de ses formes.

Certains neurologistes, et non des moindres, vont jusqu'à dire que le bromure de potassium doit constituer à lui seul, et sans adjuvants, la médication du mal sacré, et que tout le soin du médecin doit tendre uniquement à mener son malade jusqu'aux doses, parfois énormes, qu'il lui faut absorber pour n'avoir plus de paroxysmes.

Je suis loin d'être de cet avis, et j'affirme au contraire, avec beaucoup d'insistance, l'extrême utilité du choix d'une bonne préparation bromurée, et de l'adoption d'une dose quotidienne aussi modérée que possible, les bromures ayant une influence retardante sur la nutrition, et jusque sur leur propre assimilation. Il n'est pas, non plus, inutile de rechercher à quelles heures du jour les doses doivent être réparties, ni d'étudier avec soin les moyens qui permettent de multiplier l'action de l'agent thérapeutique, en réduisant au minimum ses inconvénients.

1° *Choix de la préparation bromurée.* — Dans les observations relatées au cours de cet ouvrage, j'ai surtout fait usage du classique bromure de potassium aussi pur que possible, ou de la préparation tribromurée, qu'Erlenmeyer a préconisée le premier[1], en 1884. Actuellement, je donnerais la préférence au bromure de strontium, au sujet duquel M. J.-V. Laborde a rapporté devant l'Académie de médecine des résultats si concluants; ou bien encore au bromure de sodium, prescrit à la façon de MM. Charles Richet et Édouard Toulouse, selon les principes de la méthode qu'ils ont appelée « métatrophique ». On sait qu'ils soumettent leurs malades à un régime alimentaire tel, que les cellules de leur économie soient bientôt dépouillées du chlorure de sodium dont elles étaient saturées; après quoi ils leur donnent du bromure de sodium, dont se gorgent avidement les éléments cellulaires privés de sels de soude. J'ai déjà dit que la théorie qui a guidé les deux auteurs me paraît prêter à la discussion. Il n'en est pas moins vrai qu'en fait, leur méthode donne des résultats excellents, dont nous devons le bénéfice à nos malades.

2° *Doses quotidiennes.* — La plupart des épileptiques dont j'ai pris en main le traitement, avaient été soumis déjà à la médication bromurée; le plus grand nombre prenait par jour de 4 à 6 grammes

1. Bromure de potassium . . . . . } ãã 2 parties
Bromure de sodium . . . . . }
Bromure d'ammonium . . . . . 1 —

de Kbr., quelques-uns avaient absorbé quotidiennement des doses de 8, 10 et 12 grammes. Il suffit de se reporter au détail de nos observations et aux chiffres de nos graphiques, pour voir qu'au bout de quelques jours nous avons été obligés de ramener nos comitiaux à des doses de beaucoup moindres. Tel épileptique qui tolérait fort bien 5 à 6 grammes, de bromure, était pris de phénomènes de bromisme extrêmement intenses, alors même qu'on ne lui donnait que 4 grammes. Il nous fallait le maintenir à la dose de 3 grammes pour lui épargner l'abrutissement caractéristique, et cette dose suffisait largement à tenir le mal en respect, alors que, quelques jours avant, la dose double était indispensable. Au total, je puis dire que pour obtenir des résultats inespérés, et certainement supérieurs aux moyennes courantes, nous avons usé en moyenne deux ou trois fois moins de bromure qu'on n'a coutume de le faire.

Cela n'est pas sans importance, nous avons en effet montré, dans le chapitre V, combien la médication bromurée tend à ralentir la nutrition, à abaisser le taux des échanges, à atténuer l'intensité vitale. Sans doute, elle épargne au malade la fatigue profonde et l'usure cellulaire que lui causent les crises, et c'est là un très grand bienfait. Mais à cette série de violentes décharges nerveuses, de grands épuisements subits, elle substitue un appauvrissement continu, un état de langueur vitale, et une déchéance intellectuelle, dont on ne peut pas ne pas tenir compte.

Or, il se trouve que, contrairement à l'hypothèse qui vient naturellement à l'esprit, une médication tonique, méthodiquement associée à la médication antispasmodique, n'en contrarie pas les effets. Il semble que ces deux contraires doivent s'annihiler; loin qu'il en soit ainsi, la médication stimulante multiplie incontestablement l'action du bromure, tout en laissant bénéficier le sujet du rehaut général de tonus qu'elle apporte. Je considère donc comme une condition importante l'association des bromures à l'hydrothérapie, aux bains salés, aux frictions sèches, à la douche statique, aux massages, et surtout aux injections de solutions salines concentrées à petites doses, qui m'ont donné des résultats de premier ordre. C'est un moyen tout à fait fidèle d'obtenir une assimilation infiniment plus complète du médicament, dont il n'est plus, dès lors, utile de donner que des doses très modérées.

3° *Mode d'administration du bromure.* — A quelles heures faut-il administrer le médicament anticomitial? c'est encore une question dont il faut dire un mot.

Règle générale, le bromure fait moins de mal à l'estomac et agit mieux quand on le donne au moment des repas. Si, donc, le malade a des crises à n'importe quelle heure du jour, prescrivez la préparation bromurée par fractions réparties à chacun des repas, et conseillez d'en faire quatre dans le jour. Il faut en effet ne pas oublier que

cette drogue s'élimine vite et que sa protection ne s'étend guère au delà de cinq ou six heures. Si, comme il arrive souvent, les accès sont nocturnes, je crois très sage de faire prendre la dose entière en une fois au moment du sommeil. Souvent même il m'arrive de conseiller aux parents de donner une cuillerée de potion à l'heure plus tardive où ils se couchent, vers minuit par exemple. Les enfants, sans s'éveiller complètement, prennent la drogue, et l'on peut maîtriser ainsi les attaques très matinales sur lesquelles n'agit point le bromure donné aux quatre repas du jour comme nous le disions tout à l'heure.

4° *Adjuvants nécessaires.* — Nous venons de voir que la médication tonique — et notamment les injections salines, employées concurremment avec la médication bromurée — présente le grand avantage de multiplier l'action anticonvulsive, tout en épargnant aux malades la misère physiologique. On sait qu'un organisme est généralement d'autant plus excitable qu'il est plus faible; à elles seules, les stimulations douces et progressives du système nerveux procurent une amélioration, en donnant au cerveau plus de stabilité, plus de résistance aux agents provocateurs des accès.

Voici comment j'ai été conduit à en faire usage chez les comitiaux.

Au mois de mai 1892, le bruit se répandit que Pasteur venait de trouver le vaccin de l'épilepsie. Le vieux maître avait eu occasion de soigner, au

laboratoire de la rue Dutot, deux jeunes gens mordus par des chiens enragés. Il se trouvait que ces jeunes gens étaient depuis longtemps sujets à des attaques de haut mal. Or, le traitement de la rage atténua du même coup leurs crises. Un troisième rabique, le petit Clément Bret, qui vint à l'Institut Pasteur presque en état de mal, fut, lui aussi, très amélioré.

De rigoureuses expériences de M. Gilbert Ballet ne tardèrent pas à démontrer que le sérum antirabique n'est en aucune façon le spécifique du mal caduc, Pasteur fut le premier à en convenir, et l'on s'accorde pour conclure à une simple coïncidence. Pour moi, je me demandai s'il n'y avait pas là un de ces phénomènes d'inhibition purement mécaniques du système nerveux décrits par M. J. Chéron dans son livre sur les lois de l'hypodermie, phénomènes que détermine l'injection sous-cutanée de n'importe quel liquide, à condition qu'il ne soit pas toxique. Au sérum antirabique, je substituai donc le sérum artificiel concentré de Chéron, ou, plus simplement encore, une solution stérilisée de phosphate de soude ou de chlorure de sodium à 4 pour 100, et systématiquement j'en fis usage chez mes épileptiques ; j'essayai d'abord d'employer la solution saline en injections hypodermiques, sans donner de bromure. Je vis les attaques (voir au chapitre VI) diminuer de nombre et d'intensité. Les résultats que j'obtins de la sorte sont parfaitement comparables à ceux de MM. Babes et Bacoucéa après

injections de substance nerveuse. Résultats médiocres en somme et fort incomplets. Ils ne devinrent vraiment intéressants que le jour où j'associai le sérum au bromure.

Comment agissent ces injections? Sans doute, comme Chéron l'a bien montré, en renforçant la tonicité cardiaque, en relevant la pression sanguine. En effet, la plupart des médicaments cardiaques rendent plus ou moins service aux comitiaux.

Dès 1887, un assistant de Hughlings Jackson, le Dr Sturges, conseillait à M. Lépine[1] l'emploi de la digitale associée au bromure, et M. Lépine vit un de ses malades s'améliorer aussitôt : une dose énorme de bromure, jusqu'alors insuffisante, devint tout à coup efficace parce qu'elle était associée à un médicament cardiaque. En 1887, le Dr Lemoine publia sur les *Épilepsies d'origine cardiaque* un mémoire[2] où plusieurs faits intéressants furent groupés. Plus récemment enfin, Betcherew (de Saint-Pétersbourg) et ses élèves[3] ont insisté à plusieurs reprises sur les vertus curatives de l'*Adonis vernalis*, de la digitale, etc., dans le traitement du mal caduc.

De même que l'injection de sérum, l'*Adonis* et la

1. *Revue mensuelle*, août 1877, n° 8.

2. *Revue de médecine*, 1887, page 305.

3. Betcherew, De la valeur des médicaments cardiaques dans l'épilepsie (*Revue russe de Psychiatrie*, 1887, n° 6. Voir encore : De Cesare, Traitement de l'épilepsie par la méthode de Betcherew (*Réforme médic.*, 1897) ; Tekoutief, Traitement de l'épilepsie par l'*Adonis vernalis*. (*Clinique neurolog. de Saint-Pétersbourg*, 24 août 1897.)

digitale (qu'avait déjà depuis longtemps recommandée Duclos, de Tours) renforcent la contraction myocardique, déterminent de la polyurie, favorisent l'élimination des toxines, et permettent de n'employer que des doses relativement faibles de Kbr. (3 à 5 grammes, selon la formule habituelle de Betcherew. L'injection saline a sur tous ces médicaments cardiaques le gros avantage de n'être point une drogue toxique, mais simplement un stimulant mécanique du système nerveux, que l'on peut proportionner chaque jour aux besoins du malade et qui permet de le surveiller de très près. Il est inutile d'ailleurs d'en prolonger indéfiniment l'usage. Après une cure intensive de quatre à six semaines environ, pendant lesquelles je maintiens mes malades sur les confins de la saturation bromurée, il est habituellement possible de les livrer à eux-mêmes; ils se contentent d'entretenir par des frictions sèches, des douches, des bains salés ou du massage, le bénéfice acquis. Ils en arrivent promptement à pouvoir, sans inconvénients, diminuer leurs doses de bromure, et se débarrasser des pratiques gênantes ou ostensibles de la cure.

Il est de règle que les injections sous-cutanées de solutions salines améliorent de la manière la plus nette le caractère des comitiaux et leur état mental. Presque tous mes malades sont devenus moins tristes, moins paresseux et moins colères, d'esprit plus ouvert, d'intelligence plus lucide; on voyait d'une semaine à l'autre leur mémoire et leur

attention volontaire, faire des progrès incontestables. C'est le contraire qui arrive, quand on ne fait usage que du bromure à hautes doses.

Mais l'obnubilation intellectuelle et le ralentissement de la nutrition ne sont pas les seuls inconvénients de la bromuration intensive. Le médecin doit encore compter avec les éruptions cutanées, les troubles digestifs, et, notamment, l'haleine caractéristique. On tend à admettre aujourd'hui, avec raison je crois, que les accidents cutanés ne font que trahir le mauvais fonctionnement de l'intestin. Il est certain que si l'on met ses épileptiques à un régime alimentaire qui ne permette point les fermentations anormales, tous ces accidents, assez gênants en somme, diminuent dans de notables proportions. M. Féré a vu combien l'association des antiseptiques intestinaux au Kbr. rendent service à ce point de vue; M. le professeur Raymond a coutume de prescrire a ses comitiaux le naphtol associé au salicylate de bismuth. C'est une excellente méthode. Mais j'avoue lui préférer encore le régime dont nous avons déjà longuement parlé, associé aux lavages de l'estomac et de l'intestin. Si, malgré tout cela, l'haleine bromurée persiste, quelques cuillerées doubles de la potion de Rivière pourront aider à en venir à bout.

B. — DEUXIÈME INDICATION. RÉDUIRE A L'IMPUISSANCE LES AGENTS PROVOCATEURS

Après avoir étudié la meilleure façon d'atténuer l'hyperexcitabilité de l'écorce grise, et cherché le moyen d'avoir de la médication bromurée les avantages sans les inconvénients, il faut songer encore à s'opposer aussi complètement que possible à l'action de toutes les causes, extérieures à l'écorce, qui peuvent mettre en jeu sa tendance à la convulsion. Toute cause d'irritation mécanique ou chimique au voisinage d'un nerf de sensibilité, d'un réseau sensitif périphérique, comme d'ailleurs au voisinage de l'écorce elle-même, doit être supprimé dans les limites du possible.

Le praticien ne manquera donc point de débarrasser son malade des corps étrangers, vers intestinaux, cicatrices vicieuses, affections de l'oreille, des fosses nasales, des ectropions ulcérés du col de l'utérus, voire même des dents cariées ou des durillons (Féré), qui jouent souvent un rôle actif dans la genèse des accidents. Mais il ne m'a pas été donné de recueillir d'observations intéressantes à ce propos. C'est surtout au point de vue des relations des attaques avec le mauvais fonctionnement de l'appareil gastro-intestinal que je puis apporter quelques documents précis et, je crois, décisifs.

Si le lecteur veut bien en effet se reporter, dans la seconde partie de cet ouvrage, aux longues pages que nous avons consacrées à l'épilepsie toxi-alimentaire, il jugera de l'importance que nous semblent avoir les irritations mécaniques ou les poisons partis de la muqueuse digestive, pour venir exciter l'écorce du cerveau. J'estime que, plus on cherchera dans cette voie, plus on trouvera de notions utiles au point de vue de la pathogénie et du traitement du mal comitial.

M. Voisin, dans son volume sur *l'Épilepsie*, pense que cette forme gastro-intestinale, — qu'il a d'ailleurs fort bien décrite, — est du pronostic le plus grave. Cela n'est point conforme avec ce que j'ai observé. Bien au contraire, j'ai vu s'améliorer d'une manière très notable, et généralement très prompte, les malades chez qui les phénomènes digestifs jouaient un rôle très marqué. Les cas vraiment rebelles sont bien plutôt ceux où la cause des accidents comitiaux paraît être une lésion anatomique importante de la substance grise cérébrale ou de ses enveloppes.

Si l'on veut bien se reporter aux observations du chapitre VIII et aux graphiques qui les accompagnent, on nous dispensera de revenir ici longuement sur les effets de la suppression de l'alcool, du régime alimentaire tendant à supprimer les fermentations anormales, du régime lacté ou lacto-végétarien, des lavages de l'intestin et de l'estomac chez les épileptiques. Je ne puis que reprendre ici très sommaire-

ment la question en résumant, à un point de vue tout à fait pratique, les diverses indications qui s'imposent au médecin, en présence d'un comitial dont l'estomac est dilaté, dont les selles sont fétides, dont les urines contiennent de l'indican, etc.

Quelle que soit l'interprétation donnée, pour expliquer l'effet de la mauvaise digestion sur le retour des paroxysmes, qu'on incrimine l'irritation de la muqueuse du tube digestif, sa congestion déterminant de l'anémie réflexe du cerveau, qu'on accuse l'azote en excès, l'acide urique, l'indican, les ptomaïnes, les leucomaïnes, ou tels autres poisons résultant des déchets de la nutrition, le médecin traitant devra viser : 1° à nourrir son malade de manière à réduire au minimum tous ces agents nuisibles; 2° à procurer à l'estomac, au tube digestif et à ses annexes une tonicité musculaire et une sécrétion glandulaire au niveau de leur tâche; 3° à favoriser aussi parfaitement que possible l'élimination des toxines et des déchets.

C'est par une sage hygiène alimentaire que la première indication sera remplie. Pour les détails, je renvoie le lecteur au chapitre où j'en ai parlé longuement; je ne veux revenir ici que sur certains points qui me paraissent essentiels.

C'est ainsi que je pense qu'il faut supprimer à tous les épileptiques toutes les boissons fermentées; et non pas seulement l'alcool à un degré très élevé, mais encore ses solutions les plus diluées; la bière, le cidre, l'eau rougie. Il ne faut leur donner à boire

que de l'eau. Encore importe-t-il qu'ils ne prennent à leurs repas qu'une très petite quantité de liquide, et pas du tout pendant la digestion. En revanche, ils devront absorber une assez forte ration d'eau alcaline ou diurétique, dans les moments où l'estomac est vide, afin d'aider au lavage du sang. Le lait ne doit être employé que systématiquement et avec les précautions nécessaires pour éviter les fermentations lactiques et butyriques qui sont, aussi, nuisibles au cerveau. Donné seul ou associé à des légumes de digestion facile, le régime lacté constitue pour la plupart des comitiaux une alimentation de premier ordre; mais il faut avoir soin d'exclure du régime lacto-végétarien ces aliments que Tissot appelait flatueux, et, d'autre part, toutes les crudités. Un épileptique dilaté, qui se nourrirait de salades, de choux, de haricots et de fruits crus, se ferait infiniment plus de mal qu'en se nourrissant, en quantité modérée, de viandes blanches et rouges bien cuites à la broche ou sur le gril.

Mais chez ces ralentis de la nutrition, chez ces dilatés hypopeptiques, atteints, tout comme les neurasthéniques, d'une véritable dyspepsie nervomotrice, il est extrêmement utile de rehausser la tonicité des parois et d'exciter les sécrétions glandulaires; les injections de sérum, le massage de l'estomac (Cautru), les lavages au maté, rendront ici de grands services.

Quant aux procédés d'élimination des toxines et

des déchets de la nutrition, il faut conseiller : l'exercice musculaire modéré, les purgatifs légers fréquemment répétés, les breuvages diurétiques (lait, eaux minérales, tisanes), les médicaments qui activent la fonction sudorale. Ici cependant une sérieuse précaution est à prendre. Tous ces moyens d'élimination n'agissent qu'en déterminant tout d'abord une certaine excitation du système nerveux central, laquelle se résout ensuite en sécrétions glandulaires ou en transsudations séreuses. Cette excitation, qui s'accompagne de hausse de la tension artérielle, peut momentanément favoriser l'éclat du paroxysme ; nous l'avons vu pour la pilocarpine, et de même pour les purgatifs. Il faut n'agir qu'avec douceur sur le système nerveux et sur la circulation cérébrale des comitiaux, et ne leur donner que des doses légères de sérum artificiel, de caféine, de digitale, d'adonis vernalis, pour le motif que nous venons de dire.

Je vois encore quelques règles d'hygiène générale à tirer des observations faites sur nos épileptiques. C'est ainsi que j'ai pu constater par moi-même combien leur est peu favorable la vie sédentaire et confinée, le séjour dans les villes, l'irrégularité des repas et des heures du coucher, la trépidation des voitures et des chemins de fer après les repas. J'ai vu fréquemment mes malades avoir une rechute pour s'être couchés tard, pour avoir voyagé la nuit. La plupart d'entre eux étaient bien plus malades au bord de la mer que sur des plateaux de moyenne altitude.

A presque tous la vie à la campagne, l'air des bois et même le travail des champs conviennent à merveille, ce qui ne veut point dire qu'il faille systématiquement négliger chez eux la culture intellectuelle. Conduit avec discernement, le travail d'esprit n'entrave aucunement la cure.

C'est là l'essentiel de ce que nous avions à dire.

CINQUIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS

Observation I.

Edmond K..., 26 ans, employé de commerce.

Convulsions à la dentition; crises de colère dans la seconde enfance; grandes attaques comitiales depuis 1890: de onze à quinze par mois en moyenne; les accès convulsifs alternent avec des crises de fureur; effets salutaires de la suppression de l'alcool; rechute à propos d'une grande émotion, et de la cessation du régime; prédominance des phénomènes d'excitation préparoxystique et de dépression post-convulsive dans le côté gauche du corps.

Antécédents héréditaires. — Mère hystérique, père syphilitique.

Antécédents personnels. — Né à demi asphyxié par le cordon, convulsions à deux ou trois reprises au moment de la dentition. L'enfant s'élève bien, d'un caractère facile jusque vers l'âge de 10 ou 12 ans. Vers ce moment, le caractère se modifie, il devient sombre, replié sur lui-même et sujet à des colères ayant une allure assez particulière. Sa mé-

chanceté vient par crises, séparées par huit ou dix jours d'intervalle. Lorsqu'il approche du mauvais moment, il est pris d'une gloutonnerie extrême, en même temps que d'une invraisemblable irritabilité. Sous un prétexte habituellement futile, le plus souvent avec ses camarades, en récréation, quelquefois aussi en classe ou à l'étude avec ses maîtres, il se met en fureur, écume, trépigne, hurle des invectives. Ses colères dépassent de beaucoup les petits accès rageurs dont ses plus mauvais camarades donnent des exemples. Menaces, punitions, rien ne l'arrête, si ce n'est la satiété et, pour ainsi dire, l'épuisement naturel de son extrême tension nerveuse. Ce qu'il y a de particulièrement curieux, c'est que ces paroxysmes psychiques sont suivis de fatigue profonde, d'envies de dormir irrésistibles, puis, quelques heures après, d'un jour ou deux de véritable dépression mélancolique. Après des études médiocres, il échoue au baccalauréat, et son père l'envoie passer une année à Bonn pour apprendre l'allemand. Là, Edmond K... se nourrit en grande partie de charcuterie, de choux fermentés, de conserves alimentaires, et il boit de la bière en quantité considérable. En juillet 1890, par un temps très chaud, au lendemain d'une formidable beuverie, il est pris d'une grande attaque de nerfs à laquelle ne manque aucun des caractères du mal comitial, et désormais le malade est un épileptique formel. Il a d'abord, en moyenne, deux attaques par mois, puis bientôt une attaque tous les huit ou dix jours. On

emploie successivement le bromure, associé ou non à l'hydrothérapie, le traitement opiacé, la valériane, le chloral, sans amélioration durable.

Vers 1896 le mal empire encore. Il y a une attaque tous les deux ou trois jours, et quelquefois jusqu'à deux, trois, quatre attaques dans la même journée. On l'isole à la campagne. Le grand air, les exercices violents, voire même le travail des champs, auquel il se livre, semblent améliorer son état.

Voici, d'après sa mère, le relevé des attaques pendant les mois de l'année 1897, correspondant aux mois de l'année 1898 où je lui ai donné mes soins.

ANNÉE 1897

Juin. — 3, 3, 7, 8, 13, 19, 23, 27, 27, 27, 30 . . .	12	attaques.
Juillet. — 4, 5, 8, 8, 11, 14, 15, 16, 25, 25, 26, 31, 31.	13	—
Août. — 6, 6, 9, 10, 11, 11, 11, 19, 20, 21, 24, 25, 28, 29.	14	—
Septembre. — 1, 1, 5, 7, 10, 15, 15, 21, 21, 26, 30.	11	—
Octobre. — 5, 6, 7, 12, 12, 12, 19, 19, 23, 24, 29, 30, 30.	14	—
Novembre. — 4, 9, 9, 9, 13, 13, 20, 20, 25, 29, 30 .	11	—

Pendant les mois de décembre 1897, janvier, février, mars, avril, mai 1898, la moyenne est restée sensiblement la même (onze à quinze par mois).

Le malade vient me consulter le 8 juin 1898.

C'est un grand et puissant gaillard, haut en couleur, musclé comme un athlète, ayant d'ailleurs les goûts les plus marqués pour tous les exercices physiques, la marche notamment. Son intelligence est plutôt au-dessous de la moyenne, on dirait qu'il en a le sentiment et que son désir le plus cher serait

de mettre toute sa force musculaire au service de quelqu'un de plus intelligent que lui.

Il a l'haleine fortement bromurée, le regard un peu éteint, la parole légèrement balbutiante. En dépit de ses crises extrêmement fréquentes, ses parents le laissent aller seul dans la rue parce qu'il ne lui arrive presque jamais de tomber dans le courant de la journée. Les attaques le prennent habituellement au petit jour, pendant son sommeil; quand il en a plusieurs le même jour, une commence, l'autre à peine finie, elles s'espacent ordinairement entre 6 heures du matin et midi. Ces attaques sont fortes; elles laissent habituellement le sujet déprimé et comme paralysé des quatre membres pendant deux ou trois heures.

Les crises convulsives sont généralement annoncées dès la veille, par des colères très violentes. Ces colères sont d'autant plus fortes que la crise est plus proche. Le malade s'y laisse aller d'autant plus volontiers qu'il est plus familier avec la personne en contradiction avec lui. Sous le prétexte le plus futile il cherche querelle à sa mère, à sa grand'-mère, à une vieille domestique qui s'occupe depuis longtemps de lui; et il entre alors dans des rages épouvantables, vociférant, bourrant les meubles de coups de pied, menaçant du poing ou brandissant autour de la tête de gens, qu'il aime pourtant bien, la première arme venue, un couteau de table, et jusqu'aux chenets de la cheminée. Ces accès de fureur ne sont pas toujours prémonitoires de l'accès

convulsif proprement dit; quelquefois ils en tiennent lieu; il semble alors que la colère soit assez forte pour épuiser à elle seule l'irritation de l'écorce. Après ce paroxysme mental le malade est presque aussi bas et aussi triste qu'après la convulsion. En somme, la colère peut être envisagée chez lui comme un symptôme de l'épilepsie. Nous la voyons dans son enfance faire épisode entre les convulsions de la dentition et les attaques de haut mal de l'adolescence. Plus tard elle annonce l'attaque ou la remplace, au point qu'il serait légitime d'ajouter au graphique[1] le nombre des grandes colères survenues chaque mois si on en avait relevé le compte exact.

La pression artérielle du malade est très haute, de 22 à 23 centimètres de mercure; dynamomètre, main droite 60, main gauche 61 (le malade n'est pourtant point gaucher). Il avoue boire par jour environ un demi-litre de vin pur à chaque repas, deux apéritifs (bitter, vermouth, plus rarement absinthe) et deux verres de cognac. Habitué d'une maison d'hydrothérapie, il se pèse fréquemment; son poids, sans autre vêtement qu'un peignoir, est de 101 kilogr. Foie un peu gras; réflexe tendineux rotulien exagéré des deux côtés.

Je m'efforce longuement de persuader au malade que l'alcool et le vin lui sont particulièrement nuisibles, et de lui faire comprendre qu'il ne guérira

1. Voir ce graphique à la page 62.

jamais s'il ne suit pas un régime alimentaire extrêmement sévère et s'il boit autre chose que de l'eau. A ce moment j'étais moi-même convaincu que, si toutes les tentatives faites précédemment n'avaient pas pu parvenir à l'améliorer, c'était parce que l'on avait négligé de supprimer l'alcool.

Avec une docilité en laquelle je n'osais pas croire, Edmond K... se soumit à la rigoureuse hygiène que je lui conseillai.

Tout d'abord il parut en retirer un bien réel. En deux mois son poids tomba de 101 kilogr. à 98 kilogr. puis à 91, puis à 89, puis à 87, puis à 84 kilogr. Sa tension artérielle, progressivement descendue de 23 à 16 centimètres de mercure, se maintint assez régulièrement entre 15 et 19. Loin de s'amoindrir, la force dynamométrique passa de 60 kilogr. à 70 ou 75 pour la main droite, la main gauche subissant des oscillations toutes particulières sur lesquelles nous aurons à revenir.

Le nombre des crises se répartit de la façon suivante :

ANNÉE 1898

Juin. — 10, 17, 23, 24.	4	attaques
Juillet. — 1, 2, 12, 13, 21, 22, 28, 28.	8	—
Août. — 3, 7, 7, 21, 29.	5	—
Septembre. — 8, 19, 24, 25.	4	—
Octobre. — 8, 13, 21, 21, 21, 21, 21, 22, 22, 22. .	10	—
Novembre. — 11, 16, 16, 19, 23, 24, 28.	7	—

A ce moment, voyant que le mal, loin de s'atténuer, redouble d'intensité, j'abandonne le traite-

ment. La famille, qui me tient au courant de ce qui se passe, me dit qu'il y a pendant les mois suivants une moyenne de dix à quinze attaques.

En étudiant le graphique, nous constatons que pendant les premiers mois de la cure (suppression de l'alcool, régime alimentaire, étincelles statiques, injections de sérum, 3 à 5 grammes de bromure par jour), une incontestable atténuation s'est produite dans le nombre des attaques convulsives, leur intensité aussi était moindre ; quant aux accès de colère, ils avaient diminué dans une proportion tout à fait remarquable : la mère ne cessait de me dire à quel point elle en était frappée.

C'est à partir de la fin d'octobre que le mal a repris nettement le dessus. Or, à ce moment-là, il s'est produit dans la vie d'Edmond K... un événement important. Son ami le plus cher, avec lequel il était à la chasse, se tua involontairement sous ses yeux, et ce fut là pour le malade une grande source de chagrin et de trouble mental. Le soir de cet accident, toute la journée du lendemain et le matin du jour où les obsèques eurent lieu, Edmond K... fut en proie à la plus extrême exaltation. Il eut, coup sur coup, une série presque ininterrompue de crises de fureur. Un moment, il s'en fallut de peu qu'il n'assommât sa bonne.

Au retour de l'enterrement, comme il achevait de déjeuner, il fut pris d'une attaque épileptique assez violente, et il en eut quatre autres jusqu'au soir. Il en eut trois encore dans la journée du lendemain ;

après quoi il tomba dans un état de véritable coma, avec refroidissement des extrémités et subdélire, qui dura quarante-huit heures. Je l'ai vu dans cet état intermédiaire entre la veille et le sommeil ou, pis encore, entre la vie et la mort ; la pression artérielle était si basse qu'on ne pouvait la mesurer, la température rectale n'était que de 35°,9, et je dus faire de fortes injections salines pour ramener le malade à l'état de conscience. Pendant ces deux jours on fut obligé de lui entonner des aliments liquides, qu'il déglutissait tant bien que mal une fois qu'on les avait portés dans le pharynx. La vessie ne fonctionnait pas, et je fus obligé de le sonder.

A la suite de cette formidable décharge nerveuse (huit attaques en deux jours), Edmond K.. demeura très longtemps abattu au physique et au moral. Sans doute son écorce cérébrale avait largement épuisé sa surcharge nerveuse, puisque c'est seulement le 11 novembre, vingt jours après, qu'il a une nouvelle crise, et dès lors la maladie reprend à peu de chose près la même gravité qu'elle avait avant le traitement.

Par les confidences d'un camarade très intime, j'ai su depuis que, bouleversé par la mort tragique dont il avait été témoin, Edmond K... s'était remis à boire, sans me l'avouer, des apéritifs, et des liqueurs, tandis qu'à table, chez ses parents, il continuait à ne boire que de l'eau pure.

Voilà, certes, une de ces observations que l'on appelle « de mauvais cas ». Je suis convaincu que,

même s'il était demeuré constant à son régime, Edmond K... n'en aurait eu qu'un bénéfice relatif; ses attaques, comme on l'a vu pendant les mois de juin, juillet, août et septembre 1898, auraient diminué de nombre et d'intensité, ses crises de colère se seraient réduites à peu, mais là se serait bornée l'amélioration. Il en est de même dans un bon nombre de cas où le sujet est fils d'alcoolique ou de syphilitique; il semble que ces deux intoxications survenant chez le père déterminent ultérieurement chez l'enfant la forme la plus grave, la plus rebelle de haut mal. Edmond K..., en buvant du vin ou des apéritifs, aggravait certes son état, mais cette cause déterminante écartée (je suis sûr que pendant près de cinq mois il est resté tout à fait sobre), il n'en demeurait pas moins un grand épileptique.

J'incline fortement à croire que, chez lui, il existait une véritable lésion anatomique des méninges ou de l'écorce, et je crois pouvoir ajouter que cette lésion était prédominante sur l'hémisphère droit; voici ce qui me le fait croire. Rien n'autorise à dire que les attaques convulsives de ce malade fussent de l'épilepsie Jacksonienne. C'était bien une grande attaque généralisée d'emblée, avec cri initial, etc., etc. Pourtant, il semble bien que les secousses étaient plus prononcées dans les membres du côté gauche. Et si l'on consulte le graphique on y relève la particularité intéressante que voici. La courbe indiquant la force dynamométrique de la main droite ne subit que des oscillations banales

et dénuées de sens; la courbe de la main gauche, au contraire, est plus significative : tantôt cette main gauche est beaucoup plus faible que la droite, tantôt elle l'égale ou bien même la surpasse[1]. Or, c'est presque toujours dans les moments d'excitation qui précèdent la crise que la main gauche atteint son maximum; elle est au contraire de beaucoup la plus faible au sortir des attaques, comme si ce côté avait donné plus violemment que l'autre. Il y aurait là quelque chose d'analogue à ces paralysies et à ces parésies partielles transitoires signalées par Pitres et Dutil après les crises d'épilepsie Jacksonienne.

Observation II.

Pierre E..., 11 ans.

Père alcoolique et tuberculeux, frère épileptique; colères survenant par crises et sans motifs appréciables; dépression consécutive à l'excitation psychique; extrême amélioration par le régime alimentaire, le bromure et les injections de sérum.

L'observation II figure à la page 213.

1. Voir le graphique, page 63.

Observation III.

Auguste T..., 28 ans; clerc d'avoué.

Père alcoolique, lui-même fait abus de l'alcool; grandes crises convulsives, dont la première à l'âge de 25 ans; légère amélioration sous l'influence du régime et des douches; une crise par mois en moyenne au lieu de deux ou trois; abandon du traitement et aggravation nouvelle; traitement consistant surtout dans la suppression de l'alcool, amélioration considérable et persistante.

Antécédents héréditaires. — Mère morte, en 1898, d'apoplexie foudroyante. Son père, petit industriel de province, est un alcoolique invétéré; au moment où Auguste T... a été conçu, son père s'adonnait déjà depuis cinq ou six ans à la boisson.

Antécédents personnels. — Dans son enfance, Auguste T... se révélait déjà très nerveux, extrêmement colère, en même temps peureux et violent. A l'école, il se montrait avec ses maîtres plutôt obséquieux, mais avec ses parents, et surtout avec sa mère qu'il ne redoutait pas, il se livrait à des accès de fureur tout à fait désordonnés, criant, trépignant, écumant (à la lettre) et tombant ensuite dans une prostration profonde.

C'est seulement à l'âge de 25 ans, à Paris, qu'il eut

sa première crise. Il était à bicyclette, et il passait sur la place du Théâtre-Français lorsqu'il fut pris d'un étourdissement accompagné de visions brillantes (scotôme scintillant); il eut la force de descendre de machine et de s'abriter sur le terre-plein, où il perdit tout à fait connaissance. Il revint à lui, sans se souvenir de ce qui s'était passé, les membres rompus de fatigue, la langue broyée; vers cette époque, commencement de l'année 1894, il avait pris coutume de consommer force apéritifs et de passer ses soirées au café jusqu'à une heure très avancée de la nuit. Pas de dipsomanie proprement dite. Sa maîtresse raconte que, plusieurs semaines avant cette première attaque, son caractère, jusqu'alors relativement facile et modérément querelleur, s'était singulièrement assombri, tout en devenant farouche et invraisemblablement irritable. Après sa première crise d'épilepsie, Auguste T... fut transporté chez lui, où il demeura plus de vingt-quatre heures au lit, en proie à une lassitude profonde, et littéralement dans un état intermédiaire entre la veille et le sommeil.

Une cinquantaine de jours plus tard, seconde attaque, qu'il prend à l'étude, extrêmement surchauffée ce jour-là; mêmes phénomènes d'aura, cri caractéristique que lui ont signalé les autres clercs de l'étude; durée des convulsions : de dix à douze minutes, stertor un quart d'heure environ; le malade est transporté chez lui, et reste encore de vingt à trente heures dans l'incapacité de se lever.

Depuis lors, Auguste T... a une crise semblable deux ou trois fois par mois, il demande conseil à plusieurs médecins, et son état ne s'améliore qu'après qu'il a été à la consultation de l'hôpital Lariboisière. Là, on lui a ordonné du bromure et des douches, et, sous l'influence de cette médication, les attaques se sont raréfiées à une par mois environ, en même temps qu'elles diminuaient un peu d'intensité. Mais, soit que le malade ait négligé de se soigner, soit que le mal se soit accru, la fin de l'année 1896 et les deux premiers mois de 1897 ont été très mauvais, une attaque environ tous les huit ou dix dix jours[1]; si bien qu'Auguste T... est obligé de quitter son étude. Il vient à ma consultation le 20 mars quelques jours après une attaque exceptionnellement longue et forte.

État actuel le 20 *mars* 1897. — Au moment où je vois Auguste T..., il est sorti de la dépression consécutive à sa dernière crise, dépression qui s'accompagne d'idées noires, de perte presque complète de la mémoire, d'anéantissement de la volonté et de l'attention volontaire. Sa mère, qui l'accompagne, me raconte que pendant les vingt ou vingt-quatre heures qui ont suivi ce dernier paroxysme, son fils s'est révélé à elle sous un jour qu'elle ne connaissait pas; sa prostration physique s'accompagnait d'une impossibilité de parler d'autre chose que de la mort, et le jeune homme,

1. Ces attaques sont fréquemment accompagnées de vomissements alimentaires.

habituellement rebelle à toute idée religieuse, avait manifesté des sentiments d'humilité chrétienne, des scrupules de conscience, une tendance à croire dont il n'était pas coutumier, mais cela n'avait pas duré. A mesure que les forces lui étaient revenues, voilà qu'il se montrait de nouveau léger, impatient jusqu'à l'insolence, prompt aux plaisanteries libertines, et parfaitement méprisant pour les pensées pieuses que sa mère avait espéré voir se fixer en lui. Au moment où je le vois pour la première fois, l'aspect extérieur du malade est le suivant : face pâle aux traits ramassés, contractés, comme sous l'influence d'une crispation permanente; les yeux brillent d'un éclat tout à fait exceptionnel (j'ai su depuis que le malade était ainsi plusieurs jours avant ses attaques). Le pouls est à 104 pulsations, la pression artérielle, très haute, à 21 centimètres de mercure ; le malade vient de déjeuner copieusement (apéritif, trois verres de vin pur, un verre de café, un petit verre de cognac).

Mis par ses crises dans l'impossibilité de continuer son métier, il me dit être résolu à se soumettre aux traitements les plus sévères pour guérir, et s'engage à suivre à la lettre le régime qui lui sera prescrit.

Après avoir examiné l'estomac et le foie (pas de dilatation gastrique, estomac plutôt rétracté, foie un peu gros), je m'efforce de faire comprendre au malade que la suppression de l'alcool est ici la chose capitale, et je refuse catégoriquement de le soigner

s'il ne se soumet pas à cette condition. Auguste T... s'engage à passer quelques semaines à Paris dans l'étroite compagnie et sous la surveillance d'un de ses cousins plus âgé que lui, seule personne qui ait sur lui quelque influence. Le traitement consiste pour ainsi dire uniquement dans la suppression de l'alcool. Le malade est mis au lait (un litre, coupé d'eau de Vichy); le matin au réveil, deux œufs à la coque et un verre de lait; à midi, poissons légers, viandes grillées bien cuites, légumes en purées, compotes; à 4 heures, goûter assez copieux; repas léger, presque végétarien, le soir; exercices modérés (marche au pas de promenade) après les principaux repas.

Tous les deux jours, injection de sérum artificiel et bain statique; tous les matins, une ou deux pilules contenant 10 centigrammes de valérianate de caféine. Ce médicament et le sérum artificiel ont surtout pour but de permettre au malade de supporter sans trop de peine la suppression brusque de l'alcool; le malade ne prend pas de bromure.

Le résultat de cette thérapeutique a surpassé mon attente. Je me doutais bien qu'il s'agissait là d'un cas d'épilepsie surtout toxique, mais je me tenais prêt à redonner du bromure sitôt que reviendrait le premier accident. Cet accident se fit attendre beaucoup plus que je ne croyais : en quinze jours, la pression artérielle tomba de 21 cent. à 14; le pouls, de 104 à 68, tandis que, par contre, la pression dynamométrique des mains

augmentait assez sensiblement, comme le montre le graphique. En même temps l'état mental se modifiait de la façon la plus heureuse, le malade devenant infiniment moins irritable, reprenant sa gaieté, sa lucidité et son entrain à vivre ; il s'occupa même, à ce moment-là, d'un petit travail qu'il négligeait depuis longtemps et qu'il put rédiger très convenablement.

Il en fut ainsi jusqu'à la fin d'avril. A ce moment-là, le 27, la tension artérielle baisse subitement à 12 cent. de mercure pour se relever les jours suivants, le 8 mai, jusqu'à 17 cent. Dans la nuit du 17 au 18, Auguste T..., qui a mal digéré son dîner, — dîner en ville où il a fait quelques excès, — a une crise assez légère; il ajoute à son traitement 3 grammes par jour de bromure. A la fin de juin, il cesse son traitement régulier.

Le 16 septembre, le malade qui vient de passer quelques jours à la campagne, où il a suivi son régime d'un peu moins près (sans grands excès pourtant), rentre à Paris, et le matin de son retour, après une nuit de voyage, il a une nouvelle attaque d'intensité moyenne.

A noter encore une nouvelle crise vers le commencement de novembre; cette crise s'est accompagnée d'un retour très marqué d'humeur querelleuse et d'idées sombres. Deux jours après, le malade, que je n'avais pas vu depuis longtemps, revient à ma consultation pour m'avouer que cette attaque a été précédée de quelques imprudences de

régime, et pour m'affirmer que, cette fois, il est bien résolu à ne plus boire que de l'eau en été et du thé léger en hiver.

Je n'ai pas revu, depuis, Auguste T..., mais j'ai appris récemment (mai 99) que malgré mon conseil il s'était marié, que sa femme réussissait à l'empêcher de boire, et qu'il avait au plus une ou deux crises légères par an. (Voir le graphique à la page 129.)

Observation IV.

François V..., 51 ans; commis de banque.

Petit mal par petit brightisme; le bromure, associé aux vins toniques, n'enraye pas la marche ascendante du mal; la suppression du vin amène une très légère amélioration; disparition presque complète des accès sous l'influence du régime lacté intégral (avec graphiques).

L'observation IV figure à la page 151.

Observation V.

Monsieur M. R...

Simple graphique donnant une idée générale du relèvement de la tension artérielle sous l'influence

du traitement; baisse de la courbe après les attaques (avec graphique).

L'observation V figure à la page 19.

Observation VI.

Monsieur S..., 56 ans.

Au commencement de 1896, chute sur la tête; quinze mois plus tard, légères attaques convulsives qui vont se rapprochant; inefficacité complète de tous les traitements; attaque générale d'emblée mais prédominance à la main droite de l'excitation préparoxystique et de la dépression post-épileptique, que révèle le graphique de la force dynamométrique (avec graphique).

L'observation VI figure à la page 52.

Observation VII.

François R..., 10 ans.

Ivresse bromurée; augmentation du nombre des attaques convulsives et de l'excitation mentale sous l'influence du bromure à hautes doses; description clinique de l'ivresse bromique; baisse de

la tension artérielle et de l'état des forces; relèvement de la courbe et amélioration extrême de l'état mental, sous l'influence de la suppression du bromure, remplacé par des injections de sérum artificiel (avec graphique).

L'observation VII figure à la page 83.

Observation VIII.

Noémie G..., 17 ans.

Épileptique depuis l'âge de 9 ans; elle a abandonné le bromure qui ne l'améliorait pas; j'essaie chez elle des injections de sérum artificiel sans bromure; relèvement de l'état général et raréfaction manifeste des crises; au bout de quelque temps le bromure est associé au sérum et la raréfaction des accès est beaucoup plus marquée (avec graphique).

L'observation VIII figure à la page 87.

Observation IX.

Louis M..., 6 ans 1/2.

Père buveur, mère phtisique, lui-même a de la tuberculose ganglionnaire. Crises convulsives depuis l'âge de 4 ans 1/2. Actuellement deux ou trois

crises par semaine. Caractère sournois et méchant. Première diminution des attaques sous l'influence du bromure. Diminution bien plus marquée encore sous l'influence d'une dose moindre de Kbr. associé aux injections de solutions salines (avec graphique).

L'observation IX figure à la page 91.

Observation X.

Jacques F..., 12 ans.

Mère hystérique, père syphilitique. Deux ou trois attaques par mois. A quitté le bromure qui lui paraissait sans action. Première amélioration légère par le bromure associé à l'*Adonis vernalis*. Amélioration plus prononcée encore par une dose moindre de bromure, associée aux frictions stimulantes et aux bains salés.

L'observation X figure à la page 94.

Observation XI.

Rosalie B..., 30 ans.

Misère physiologique. Forte dilatation de l'estomac, tension artérielle basse. Première attaque à

25 ans; accès éloignés et légers, qui se multiplient tout à coup jusqu'à cinq par mois en avril 1896. Régime alimentaire, suppression de l'alcool, étincelles statiques, injections de sérum. Relèvement marqué de l'état général, disparition complète des accidents comitiaux (avec graphiques).

L'observation XI figure à la page 132.

Observation XII.

Joseph H..., 34 ans, conducteur de travaux.

Père buveur et probablement syphilitique. Crises convulsives depuis l'âge de 11 ans. Rémission de 19 à 26 ans, pendant laquelle il se marie. Nombreux abus de régime. Attaques nocturnes en relation manifeste avec le repas du soir, lequel est particulièrement copieux. Multiplication des attaques; le bromure et les douches déterminent une première amélioration, qu'un bon régime alimentaire rend bien plus manifeste. Aggravation très marquée, coïncidant avec la cessation du régime et la reprise de l'alcool. Retour au régime, et nouvelle amélioration (avec graphique).

L'observation XII figure à la page 137.

Observation XIII.

Charlotte F..., 18 ans.

Première crise en septembre 1896, consécutivement à des troubles digestifs; les attaques consistent en bourdonnements d'oreilles aboutissant à une attaque convulsive; parfois les crises sont provoquées par les excitations venues du monde extérieur (tintements de la pendule ou sonnerie du téléphone). Phénomènes gastro-intestinaux très marqués. Régime alimentaire très sévère. Lavages de l'intestin, injections de sérum, 3 grammes de bromure. Depuis le traitement (janvier 1899 jusqu'à janvier 1900), une seule attaque convulsive, quatre légers bourdonnements sans crises, et depuis lors plus rien (avec graphiques).

L'observation XIII figure à la page 174.

Observation XIV.

Jeanne S..., 25 ans.

Bourdonnements d'oreilles revenant par crises toujours plus rapprochées et toujours plus intenses;

un de ces bourdonnements d'oreilles aboutit à un accès convulsif (1er septembre 1898). Aucune lésion de l'oreille. Dilatation extrême de l'estomac; alternatives de constipation et de diarrhées noires fétides. Indican dans l'urine. Régime alimentaire, massage de l'estomac, lavages de l'intestin, injections de sérum et électrisation statique. Disparition presque complète des accidents (avec graphiques).

L'observation XIV figure à la page 181.

Observation XV.

Marc J..., 31 ans.

Grandes attaques depuis l'âge de 13 ans, il atteint progressivement le chiffre de vingt à trente crises par an. Aggravation en 1898 (quarante-six accès convulsifs) malgré 4 à 6 grammes de bromure. Influence manifeste de la mauvaise digestion et de la constipation sur le retour des attaques. Dilatation de l'estomac; foie gros; indican dans l'urine. Influence comparée du régime des viandes grillées, légumes en purées, fruits cuits, mise à l'eau, et des régimes lacté et lacto-végétarien. Amélioration très notable obtenue avec seulement 2 grammes de bromure (avec graphique).

L'observation XV figure à la page 154.

Observation XVI.

Frédéric R..., 41 ans, avocat.

Père syphilitique, mère mystique. — Convulsions au moment de la dentition, colères pendant l'enfance. — Première attaque convulsive à l'âge de 21 ans. — Avant le traitement, onze à douze grandes crises par mois. — Traitement : régime lacté ou lacto-végétarien, injections salines, diminution des doses de bromure. — Amélioration marquée, qui subsiste encore deux ans après le traitement. — Analyse de l'état mental : phénomènes psychiques accompagnant l'excitation préparoxystique et la dépression post-épileptique (avec graphiques).

Antécédents héréditaires. — Père, syphilis probable. La mère est d'une exaltation religieuse qui confine au mysticisme.

Antécédents personnels. — Convulsions pendant l'enfance au moment de la dentition. Pendant ses études l'enfant a fait preuve de grandes qualités d'application, tout en étant d'une intelligence moyenne. Son caractère, habituellement assez doux, se modifiait quelquefois du tout au tout sans raison appréciable. Il devenait alors d'une susceptibilité tout à fait extraordinaire, s'offensait d'un

rien, cherchait querelle à tous ses camarades. Cela d'une façon progressive, jusqu'à ce que survînt une véritable crise de colère rageuse et aveugle; lui-même dit que dans de tels moments il aurait pu tuer quelqu'un.

A la fin de ces paroxysmes, Frédéric R... tombait littéralement en état de mélancolie dépressive, avec scrupules de conscience et besoin de se confesser. Cet état parut s'atténuer un peu après sa sortie du collège et pendant ses études de droit. Au dire de sa mère et au sien, c'est à l'âge de 24 ans qu'il aurait eu sa première crise.

Il avait très copieusement dîné, quand, se penchant en haut d'un escalier pour donner un ordre, il poussa un cri et tomba sur les marches, en proie à une violente attaque (peut-être avait-il eu quelques absences les semaines précédentes). Cette première crise dura très longtemps et le laissa très abattu; elle se renouvela quelques semaines plus tard et Frédéric R... devint épileptique dans toute la force du terme.

Sept ou huit mois après le début de sa maladie il avait deux ou trois attaques par semaine; à ce moment-là il fut soigné par Charcot, qui lui ordonna du bromure, de l'hydrothérapie, des bains froids, de longues marches dans la campagne. Obligé, par l'intensité même de son mal, à quitter Paris, Frédéric R... alla habiter une petite ville à 600 mètres d'altitude. Sous l'influence du traitement qui lui avait été prescrit son état s'améliora sensiblement.

A l'âge de 30 ans (1885), n'ayant plus que des crises fort éloignées, il se maria en dépit du conseil que lui avait donné Charcot, et il a maintenant un petit garçon âgé de 8 ans et qui ne montre d'autres symptômes névropathiques qu'une extrême impressionnabilité.

Peu de temps après son mariage, Frédéric R... ayant négligé de prendre du bromure et de faire de l'hydrothérapie est repris de paroxysmes convulsifs, qui s'améliorent tant bien que mal après une nouvelle consultation de Charcot (novembre 1887). Le malade peut même se remettre à plaider. Mais en 1894 et 1895, recrudescence du mal, sans motif appréciable, sinon des habitudes d'intempérance que le sujet commence à prendre. Vers cette époque, à deux ou trois reprises, fortes attaques en plein tribunal.

Il quitte la ville de X..., se sépare de sa femme, qui lui reproche à tout moment de lui avoir caché sa maladie, et de son enfant qui a peur de ses colères et de ses étrangetés. Il vient à Paris habiter avec sa mère, et me consulte le 22 octobre 1896.

Nombreux stigmates physiques de dégénérescence; sous plus d'un rapport l'état mental est aussi d'un dégénéré, Frédéric R... est en même temps d'une intelligence fort médiocre; nous aurons à revenir tout à l'heure sur certaines variations intéressantes de son état mental.

Dilatation marquée de l'estomac, pression artérielle basse, 11 cent. de mercure; pression dynamo-

métrique des mains très faible; l'analyse d'urine témoigne encore du ralentissement de la nutrition. Indican en quantité notable. Le malade, dans ce moment, a trois ou quatre crises par semaine. Sa mère en fait le compte, que reproduit le graphique (Voir la fig. 36).

Le malade est mis au traitement suivant : régime alimentaire, suppression de l'alcool sous toutes ses formes, 10 grammes de bromure par jour, c'est la dose que le malade prenait déjà depuis quatre mois environ.

Légère amélioration sous l'influence de ce premier moyen de traitement. Du 22 octobre au 23 novembre le malade n'a eu en tout que six attaques; elles gardent d'ailleurs, à peu de chose près, la même intensité; les convulsions, très fortes, durent de dix à vingt minutes; la période consécutive, trois quarts d'heure ou une heure. Vers la fin de novembre, j'ajoute au traitement quelques légers purgatifs salins, 20 centigrammes par jour de valérianate de caféine, et je mets le malade au régime lacté absolu, jusqu'au 30 octobre. Du 1er au 30 octobre quatre attaques seulement, un peu moins longues et moins fortes que précédemment; il m'a été donné d'assister à deux de ces attaques qui se sont produites chez moi.

Pendant cette période la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures passe de 1 100 à plus de 2 000 grammes.

Pendant le mois de janvier, M. Frédéric R... suit

le régime suivant : 2 litres de lait, œufs, viande blanche en très petite quantité, et légumes en purées. Un peu débilité par le régime lacté intégral, il reprend des forces, grâce au régime mixte, et aux injections de sérum artificiel; deux attaques seulement pendant le mois de janvier : elles sont d'intensité manifestement moins forte.

Chose digne de remarque, depuis la caféine, et surtout depuis les injections de sérum artificiel, le malade ne peut plus supporter 10 grammes de bromure, la saturation bromique est telle qu'il faut descendre en décembre à 5 grammes, en janvier à 3 grammes par jour, cette dose suffit à maintenir le malade sur les confins de la saturation. Frédéric R... me quitte le 20 février, n'ayant eu qu'une petite attaque depuis le 1er de ce mois, sa mère me tient au courant de son état en m'écrivant tous les trois mois. Jusqu'au 1er janvier 1899, date à laquelle je l'ai perdue de vue, il a eu en moyenne une ou deux crises légères par mois pendant cette période.

Cette observation me paraît digne d'intérêt en ce sens, qu'elle montre avec beaucoup de netteté, d'une part l'influence de la suppression de l'alcool, celle du régime lacté et du régime lacto-végétarien sur le nombre et l'intensité des paroxysmes, et aussi le grand intérêt qu'il y a à associer les toniques du cœur (caféine, injections de sérum artificiel) au bromure de potassium.

Mais le point sur lequel je voudrais particulière-

ment attirer l'attention, c'est l'état mental ou, pour mieux dire, ce sont les oscillations de l'état mental en relation avec les paroxysmes.

L'aspect sous lequel Frédéric R... m'apparut quand se fut dissipée la timidité des premiers jours est celui d'un dégénéré très vaniteux, gravement préoccupé de choses puériles, plein de faconde et de suffisance, confiant à l'excès dans le charme de son élocution ; il s'exprimait avec une grande abondance de mots, et semblait se griser de paroles pourtant médiocres.

Il est ainsi le 24, le 25 et le 26 octobre. Le 27, cet état s'accentue encore : il s'accompagne d'énervement, d'impatience, d'une tendance inattendue à l'arrogance. A propos de je ne sais quel conseil que je lui donne avec beaucoup de calme, mon malade me répond de la manière la plus vive, sur un ton de véritable insolence. Puis, passant d'un saut brusque à un autre ordre d'idées, il se met à parler devant sa mère d'une fort belle fille qu'il a suivie la veille dans l'avenue de l'Opéra.

Au moment où il quitte mon cabinet, Mme R..., restée un instant en arrière, me dit qu'une attaque est sur le point de se produire, son fils parlant habituellement de ces choses, et de cette sorte, quand il est en imminence d'accès. Cela ne fait que me confirmer dans une impression que m'avait déjà fournie la courbe du graphique.

Depuis cinq jours en effet, la pression sanguine avait été successivement de 13, de 12, de 15, de

16 c. de Hg. La pression dynamométrique n'avait pas autant varié, mais l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine était montée de 0,75 à 0,85 puis à 0,95. Le seuil de la sensibilité était passé de 5 à 3 1/2. A cette époque je m'occupais beaucoup de numérations globulaires : le 24, j'avais compté 3 968 000 globules, et ce jour-là (27 octobre) il y en avait 4 712 000. Tout concourait donc à faire prévoir que la crise n'était pas loin.

Elle n'éclata cependant, après une nuit agitée, que le lendemain matin 22, à 7 heures, au moment même où Frédéric R... descendait de son lit. Crise d'intensité moyenne, durée des convulsions de huit à dix minutes environ.

Lorsque j'arrive vers 9 heures, le malade est au lit, immobile, comme brisé, les traits du visage détendus et amollis, le regard exprimant une immense et tout animale tristesse ; c'est à peine s'il a la force de presser ma main. Persuadé que la mélancolie dont son visage est empreint provient du tourment d'être un grand épileptique à attaques fréquentes, je crois devoir lui dire quelques mots de consolation. Mais j'ai la surprise de constater que cette pensée ne le préoccupe en aucune façon. Il est en effet très abattu et très malheureux, mais ce qui le désole, c'est uniquement le remords de péchés pas tout à fait imaginaires, mais dont il s'exagère considérablement la gravité. Il ne me dit point : « Voilà encore une rechute ; quelle abominable maladie que la mienne », mais bien : « Je suis un misérable, je pro-

fite de ce que je suis loin de ma femme pour la tromper » ; il ajoute que Dieu doit l'avoir en horreur et qu'il serait épouvantable de mourir en état de péché mortel ; puis il me parle de son enfant, resté en province, et dont il n'avait pas dit mot depuis plusieurs jours. Mais son attaque a complètement bouleversé son état d'âme : l'avant-veille il n'avait pas cessé de railler les pratiques pieuses de sa mère, et, peu de minutes avant mon arrivée, il venait de demander à se confesser.

A ce moment, environ deux heures et demie après la crise, la tension artérielle est de 11 c. de Hg., le seuil de la sensilité de 7.

Le malade peut venir chez moi l'après-midi. Au dynamomètre, la main droite donne 24 kilogr. et la main gauche 20 ; l'activité de réduction est de 0,65 ; on ne compte plus dans le champ de l'hématimètre que 3 317 000 globules rouges. Au total, baisse très marquée de toutes les énergies vitales, s'accompagnant d'un état d'esprit que l'on ne peut comprendre que si on l'envisage comme un reflet mental de cette faiblesse physique.

Les jours suivants, j'ai pu assister au relèvement tout à fait parallèle des énergies qu'on peut appeler corporelles et de l'état intellectuel.

Le 29 :

T. A		12 1/2
Force dynamométrique.	Main droite	30 kilogr.
	Main gauche	22 —
Seuil de la sensibilité		7 c. m.
Activité de réduction de l'oxyhémoglobine		0,75

Le malade est encore triste, hanté de scrupules: il est réfugié dans la religion.

Le 30 : état à peu près analogue à celui de la veille.

T. A		13 c. de Hg.
Force dynamométrique.	Main droite	33 kilogr.
	Main gauche	29 —
Activité de réduction		0, 70
Seuil de la sensibilité		6

Le 31 :

T. A		14
F. dyn.	Main droite.	33 k.
	Main gauche.	28 k.

Le malade a retrouvé son appétit, déjeune avec un peu plus d'entrain et se montre beaucoup moins triste après le repas. Il est encore doux et timide.

1er novembre.

T. A		13 1/2
F. dyn.	Main droite.	35 k.
	Main gauche.	29 k.
Activité de réduction.		0,70
Seuil de la sensibilité.		5 1/2

Frédéric R... recommence à sortir seul. Les scrupules de conscience l'ont absolument abandonné; il a fredonné en s'habillant.

2 novembre.

T. A		15
F. dyn.	Main droite.	34 k.
	Main gauche.	30 k.
Activité de réduction.		0,80

Le malade est revenu à l'état normal.

3 novembre.

Le malade n'a pas été vu.

4 novembre.

T. A.		16 1/2
F. dyn.	Main droite.	35 k.
	Main gauche.	30 k.
Activité de réduction.		0,85

Frédéric R... éprouve le besoin presque impulsif de marcher. Sa loquacité est revenue. Il fait mille projets avec un extrême optimisme. Railleries contre la religion.

5 novembre.

T. A.		19
F. dyn.	Main droite.	37k.
	Main gauche.	30k.
Activité de réduction.		0,90
Seuil de la sensibilité.		3 1/2

Railleries très acerbes contre les sentiments religieux de sa mère. Il méprise « les mômeries » et il déclame avec abondance contre le cléricalisme empiétant sur les droits de la société civile. Appétit vorace. Sentiment plutôt agréable et joyeux, de légèreté et de force.

6 novembre.

T. A.		20 ou 20 1/2
F. dyn.	Main droite.	40k.
	Main gauche.	36k.
Activité de réduction.		1,10
Seuil de la sensibilité.		2 1/2

Le temps me manque pour faire la numération des globules.

Sommeil léger et agité toute la nuit. Le jour, impérieux besoin de marcher et de remuer. Gloutonnerie extrême. Indignation furieuse contre les gens qui le heurtent ou même le frôlent en passant dans la rue. A une consultation Frédéric R... se montre insolent, fort plein de dédain pour autrui et de satisfaction de lui-même. Sa mère me dit qu'il a, depuis la veille, des colères continuelles.

Le 7, à 6 heures du matin, Frédéric R... est pris d'une crise convulsive extrêmement intense, d'autant plus intense, semble-t-il, que le temps écoulé depuis le dernier paroxysme a été beaucoup plus long que de coutume. Quand j'arrive à 8 heures et demie, le malade commence à peine à reprendre conscience; il est encore si totalement épuisé qu'il ne peut pas répondre à mes questiens; c'est à peine s'il peut soulever les paupières; il lui est impossible de faire un mouvement, et littéralement il est paralysé des quatre membres. La tension artérielle est si basse qu'on ne peut pas la mesurer. Il en est de même de l'activité de réduction.

Je reviens voir le malade à la fin de la matinée, il est encore au lit, la langue broyée, la figure piquetée de rouge, petites ruptures vasculaires tranchant sur le fond pâle de son teint. Il parle à voix tout à fait basse et chevrotante, comme si ses cordes vocales étaient détendues. Il peut à peine parvenir à plier un peu les genoux, il essaie vainement de serrer le dynamomètre; sa pression artérielle, qui ne marque d'abord que de 6 à 8 c. de Hg. en marque 9 vers la fin de ma visite; l'activité de réduction est de 0,60. Pour ce qui est du seuil de la sensibilité, je n'ai pu obtenir aucune réponse plausible.

Mme R... me dit que, depuis une heure à peu près, son fils recommence à parler, et que, selon son habitude après les crises graves, il ne lui parle que de mort et de religion. Il dit qu'il sent la vie s'en aller de lui, que sa fin doit être proche, qu'il

est temps de se repentir parce qu'il est un grand coupable, que sa conduite envers sa femme est odieuse, que toute son existence n'est qu'un tissu d'iniquités, et qu'il supplie qu'on lui amène un prêtre pour lui donner l'absolution.

Je m'approche de Frédéric R..., et je cherche à le faire causer. A moi aussi il se met à parler de fin prochaine, du remords que lui causent ses fautes innombrables, et du désir qu'il a de les effacer par la confession. Ses propos sont empreints d'une profonde humilité; certes, à ce moment, rien n'aurait pu lui faire plus d'horreur qu'une parole libertine. Lui qui, la veille, me parlait avec tant d'insolence et d'excitation, se montre à présent invraisemblablement timide et timoré.

Pour donner une idée de l'impression qu'il me fit à ce moment-là, je dirai que cet organisme, terrassé par une violente et longue décharge convulsive, n'était plus qu'à peine vivant. L'inertie de son système musculaire, la baisse extrême de sa pression sanguine, le peu d'activité de l'oxyhémoglobine au sein de ses tissus, tout concourait à faire, de cet homme inerte et défait, quelque chose de comparable à un agonisant. Or, de tous les organes de ce corps à vitalité si basse, les nerfs de sensibilité apportaient au cerveau la notion de déchéance profonde et de grande misère physiologique. Et le cerveau traduisait la conscience obscure qu'il en avait par tout un ensemble des idées les plus humbles, les plus mélancoliques, les plus peureuses,

par l'idée de mort qui dominait évidemment la scène et qu'accompagnaient, comme il est fréquent de le voir, l'attente d'un châtiment et la crainte de Dieu.

On sait que les hommes à très grande vigueur nerveuse, surélevée encore par la griserie du combat, donnent tout naturellement des preuves d'un parfait mépris de la mort. Un psychologue a pu dire de ces natures-là « que leur vitalité est si haute qu'ils ne peuvent pas concevoir le non-être ». Par contre, un organisme à vitalité très basse ne concevra précisément que le non-être, et ne parlera que de mort. C'est le cas de notre malade.

En vérité, dans la genèse de ces deux états affectifs si différents, celui d'avant l'attaque et celui d'après, on ne saurait, je pense, invoquer l'idée fixe. La seule idée fixe qui eût pu logiquement éclore en son esprit, c'est l'idée de sa maladie et des graves inconvénients qu'elle comporte au point de vue de la paix du ménage et de la réussite professionnelle. Mais Frédéric R..., nous l'avons vu, n'en est aucunement préoccupé. Il ne donne d'autres signes que ceux de l'excitation ou de la dépression mentale ; l'approche de sa crise ne provoque chez lui qu'un état de béat optimisme, de vanité et d'insolence ; les suites de l'attaque comportent tous les signes de la débilité mentale, très légèrement nuancée par le mysticisme de sa mère. C'est ainsi que dans cette journée du 7 novembre, Frédéric R... fit demander un prêtre à deux reprises différentes. Lors de sa

première visite, celui qui vint le soir lui donna l'absolution, mais le malade, un instant rasséréné, fut bientôt repris de scrupules et de doutes sur la validité de sa première confession; il redemanda instamment le sacrement de pénitence, et fut à peine plus rassuré, une heure après l'avoir reçu pour la deuxième fois.

Reprenons ici notre examen au jour le jour.

7 novembre.

F. A	9 c. de Hg.	L'état mental vient d'être longuement d'écrit.
F. dyn. n'a pas pu être prise.		
Activité de réduction.	0,60	

8 novembre.

T. A.	12 1/2	Tristesse moins grande, l'esprit conçoit de nouveau la possibilité de vivre. Frédéric R... se tient debout, et peut prendre quelques aliments.
F. dyn. { Main droite .	25 k.	
F. dyn. { Main gauche.	22 k.	
Activité de réduction.	0,70	
Seuil de la sensibilité.	0,8	

9 novembre.

T. A.	13 1/2	Le malade parle encore avec tristesse, garde quelques vestiges de ses scrupules, s'accuse devant moi d'avoir prononcé des paroles légères ou impies; sa première sortie sera pour aller à l'église; grande douceur d'esprit.
F. dyn. { Main droite .	33 k.	
F. dyn. { Main gauche.	24 k.	
L'activité de réduction n'a pas été prise.		

10 novembre.

Le malade n'a pas été vu.

11 novembre.

T. A.		15
F. dyn.	Main droite.	30 k.
	Main gauche.	28 k.
Activité de réduction.		0,85
Seuil de la sensibilité.		0,4

Le malade mange avec appétit.

Frédéric R... est infiniment moins triste. Retour à l'état normal; contentement de vivre; légère volubilité dans l'élocution.

12 novembre.

T. A.		15
F. dyn.	Main droite.	35 k.
	Main gauche.	26 k.
Activité de réduction.		0,80
Seuil de la sensibilité.		3 1/2

État à peu près stationnaire. Frédéric R... commence déjà à railler l'influence cléricale au point de vue de la réussite au barreau.

13 novembre.

T. A.		17
F. dyn.	Main droite.	38 k.
	Main gauche.	30 k.
Activité de réduction.		0,95
Seuil de la sensibilité.		2 1/2

Appétit glouton.

Infatigable envie de marcher. Sommeil agité. Impatience, colères promptes. Frédéric R... parle avec exubérance de ses succès auprès des femmes. Jamais il ne s'est mieux porté, il se sent tout à fait guéri. Sentiment d'être plutôt trop fort, son corps lui paraît être d'une extrême légèreté.

14 novembre.

T. A.		14
F. dyn.	Main droite.	32 k.
	Main gauche.	28 k.
Activité de réduction.		0,65
Seuil de la sensibilité.		5 1/2

Mélancolie assez marquée : grande timidité ; douceur et besoin d'obéissance passive.

Ainsi donc, dans cette observation clinique, vraiment aussi précise et aussi instructive que pourrait l'être une expérience de laboratoire, nous voyons, avec une fidélité dont on ne peut manquer d'être frappé, l'état d'excitation de l'écorce grise par une lésion anatomique irritante ou des toxines convulsivantes, s'accompagner d'un état d'esprit d'autant plus exalté que l'excitation était plus forte. Aussitôt consommée la décharge nerveuse, à peine le malade redonne-t-il quelques signes de vie, que c'est pour traduire l'anéantissement de ses forces par un état mental qui paraît être indissolublement lié à l'épuisement profond du système nerveux.

Tout à l'heure c'était la pression sanguine haute, le seuil de la sensibilité restreint, la force dynamométrique accrue, l'activité des échanges extrêmes, avec des impatiences dans les jambes, une invincible envie de marcher, et les sentiments les plus optimistes, l'insolente confiance en soi, l'humeur querelleuse, l'irréligion agressive, mille propos gaillards. Et maintenant, c'est un sentiment si pauvre de sa propre vie, que le malade ne pense qu'à la mort et ne parle que d'elle; son esprit est tremblant et comme submergé par la crainte de Dieu. Son humilité s'accompagne de scrupules de conscience tels que, ayant reçu l'absolution à la fin de la matinée, il la demande encore à 5 heures du soir.

Puis, peu à peu, à mesure que se fait la réintégration d'énergie dans ses centres nerveux, tout ce

tableau psychique lentement se métamorphose, passe de la dépression peureuse et mélancolique à la timidité et à la douceur, de la douceur à l'optimisme, de l'optimisme à l'excitation, qui se résout enfin et s'assouvit subitement dans l'attaque d'épilepsie. On dirait une sorte de folie circulaire où le paroxysme servirait de transition brusque entre l'état plus et l'état moins, entre les deux pôles extrêmes de la mentalité.

Observation XVII.

Denise N..., 21 ans.

La maladie débute par des absences. — Série d'attaques convulsives qu'un premier traitement parvint à enrayer. — Seconde série de crises, qui ne s'améliorent plus par le seul traitement bromuré. — Extrême amélioration par les soins donnés à l'appareil gastro-intestinal. — La malade à pourtant encore une légère absence au moment de ses règles. — Ce dernier vestige du mal disparaît tout à fait grâce aux lavages de l'estomac (avec graphique).

Antécédents héréditaires. — Mère impressionnable sans névrose précise; père dégénéré (stigmates physiques), s'est marié quatre ans après avoir contracté la syphilis.

Antécédents personnels. — Une ou deux crises de convulsions pendant la première dentition; rien de particulier jusqu'à l'âge de 18 ans (1893).

Le 13 avril de cette année, les parents de Denise N... remarquèrent que leur fille cessait tout à coup, au milieu du déjeuner, de manger et de parler, qu'elle devenait extrêmement pâle, puis que, au bout d'une minute environ, un flot de sang lui montait au visage; la jeune fille reprenait alors la conversation interrompue, ne gardant aucune mémoire du petit laps de temps qu'avait duré l'absence.

Le 28 avril, en sortant de déjeuner, véritable crise de haut mal avec cri initial, morsure de la langue, etc., etc.; durée, vingt minutes environ; chacun des dix jours qui suivit, la malade eut une courte absence.

Le 17 juillet, après le repas du soir, grande attaque qui dure une heure un quart; le lendemain, à la même heure, une absence.

Le 28 août, petite attaque de nerfs, le matin, en finissant le premier déjeuner; le même jour, à 1 heure, en terminant le repas de midi, seconde crise, beaucoup plus violente que celle du matin.

Le 5 septembre, jour où les règles devaient venir, une absence.

Le 23 septembre, absence à la fin du déjeuner.

Le 13 octobre, grande attaque, à 5 heures du matin.

Le 3 novembre, quatre jours avant l'arrivée des

règles, par moments, difficulté de prononciation.

Le 4 novembre, après le déjeuner, congestion de la face, somnolence, bâillements, sensation d'engourdissement, absence.

Le 5 novembre, absence.

Le 7 novembre, venue des règles, grande difficulté dans l'articulation des mots.

Le 12 novembre, fin des règles, absences multiples, maux de tête, bâillements incessants, envie de dormir, moments de pâleur excessive.

Le 16 novembre, absence pendant le déjeuner.

Le 19 novembre, forte attaque en terminant le déjeuner.

Le 17 décembre, jour de la fin des règles, forte attaque de nerfs.

Le 12 janvier 1894, fin des règles, attaque de nerfs à la fin du repas.

Le 23 janvier, attaque à la fin du déjeuner.

Le 2 février, deux attaques, une immédiatement après le déjeuner, l'autre une heure après la fin de la première.

Le 10 février, fin des règles, attaque.

Le 10 mars, pendant les règles, attaque à 6 heures du matin.

Le 11 mars, attaque plus légère à 6 heures du matin.

Le 19 mai, crise très forte et très longue à 10 heures du soir; déjà après le repas de midi, il y avait eu du gonflement de l'estomac, de la congestion du visage, des bâillements et de la somnolence.

Le 20 mai, attaque à 5 heures du matin (moins forte que la précédente).

Le 10 juillet, légère crise à 5 heures du matin. Depuis six mois, la malade, qui a consulté le professeur Charcot, suit un traitement ainsi constitué :

Prendre chaque jour quatre pilules de bromure de camphre, quatre dragées de fer Rabuteau, quatre grandes cuillerées d'élixir polybromuré. Pratiques hydrothérapiques.

Sous l'influence de ce traitement, les absences se sont raréfiées, ont disparu, puis les attaques ont cessé à leur tour. La dernière en date, pour cette première série, est celle du 10 juillet.

Très saturée de bromure, la malade a continué encore pendant un an à prendre à hautes doses de l'élixir polybromuré, et, pendant deux ans, à prendre des douches.

Du 10 juillet 1894 au 25 mai 1896, santé excellente.

Le 25 mai 1896, à la fin du déjeuner, Denise N... est prise de bâillements, de gonflements de l'estomac, de congestion de la face qui, tout à coup, se change en une pâleur livide rappelant la pâleur des anciennes absences; à peu près tous les jours qui suivent, mêmes symptômes. Le 18 juin dans la nuit, crampe dans une jambe; à la fin du premier déjeuner, une absence.

Le 25 juin, à la fin des règles, crise convulsive.

Le 30 juillet, Denise N..., après le déjeuner, est prise d'engourdissement, de somnolence, de bâille-

ments incoercibles ; à 6 heures du soir, grande crise.

La malade a repris, dès la fin de mai, le traitement qui lui avait réussi il y a deux ans et demi ; voyant que, cette fois-ci, les mêmes médicaments ne lui font pas le même bien, elle vient à ma consultation le 5 août.

État actuel. — Stigmates physiques de dégénérescence, asymétrie faciale, voûte palatine ogivale ; intelligence moyenne, certainement diminuée depuis les attaques, grande tristesse après les crises ; à cela près, caractère doux et enjoué. La face est extrêmement congestionnée (une heure environ après le déjeuner).

Langue très saburrale, haleine fortement bromurée, dilatation très accentuée de l'estomac et du gros intestin ; constipation habituelle. Les règles sont assez pauvres, précédées et suivies de quelques pertes rousses ; la malade remarque que, quand elle souffre beaucoup de coliques utérines le premier jour de ses règles, elle ne risque pas d'avoir une attaque, tandis que, au contraire, quand elles viennent sans douleur, elle comprend qu'elle est sous le coup d'une crise. Presque toujours au moment de la période menstruelle, les symptômes de dilatation de l'estomac redoublent, et il est habituel de voir survenir sur le ventre et sur les cuisses toute une éruption de petites extravasations sanguines que la pression du doigt n'efface pas ; les garde-robes prennent en même temps une cou-

leur noire, et une odeur particulièrement fétide.

Ce phénomène d'infection gastro-intestinale se renouvelle invariablement, non seulement au modes époques, mais encore au moment de toutes les absences et de toutes les crises.

Étant donnée cette relation manifeste entre l'heure des repas et l'heure de l'attaque, et, plus encore, entre l'état saburral de la langue, le clapotement de l'estomac, la surproduction de gaz dans l'intestin et l'imminence de la crise, le traitement prescrit s'attache surtout à combattre les phénomènes gastro-intestinaux et l'auto-intoxication consécutive. De 12 grammes, la dose de bromure est abaissée à 6; tous les deux jours, injection de sérum artificiel et bain statique avec étincelles.

Les premiers jours, la malade semble quasiment anesthésiée de partout; elle ne perçoit à peu près pas le choc des étincelles (pourtant pas d'hystérie); sans doute, cette hypoesthésie, partout égale, est un symptôme de bromisme. Avec 6 grammes de bromure au lieu de 12, grâce sans doute à l'injection de sérum, la malade reste d'ailleurs à peu près aussi bromurée que précédemment, et il me faut bientôt abaisser la dose à 4 puis à 3 grammes pour la tenir en deçà des limites de l'abrutissement bromuré. Bientôt Denise N... reprend plus d'entrain, de vivacité, de plaisir à vivre; elle s'occupe volontiers des soins du ménage, qu'elle négligeait depuis quelque temps; son appétit est devenu beaucoup plus régulier sous l'influence d'un régime alimen-

taire extrêmement sévère (suppression de toutes boissons fermentées et de tous aliments malaisés à digérer) ; sous l'influence aussi de massages répétés de l'estomac et de l'abdomen, la tonicité gastrique et intestinale reprend à vue d'œil ; nous obtenons la suppression presque complète des phénomènes de fermentation anormale et des selles fétides. Peu de temps après le commencement du traitement, les règles reviennent plus abondantes, plus normales, la malade souffre le premier jour et souffre avec plaisir, car c'est pour elle un indice qu'elle n'aura pas de crise; désormais les attaques s'espacent comme suit :

Le 24 août, attaque à 2 heures et demie, en pleine digestion ; le soir, à 6 heures, attaque complémentaire plus longue et plus forte que la première.

Le 2 octobre, jour où les règles surviennent, de neuf jours en avance, trouble de la parole (parole trébuchante, syllabes bégayées).

Le 21 octobre, attaque à 5 heures du matin.

A partir du 21 octobre 96, la malade n'a plus eu de crises à proprement parler, si ce n'est une très légère en juillet 97 et une autre en septembre de la même année, après une grande fatigue (durant une soirée costumée, à la campagne : la malade est restée toute la nuit la tête couverte d'une lourde perruque et d'une coiffure extrêmement chaude, et c'est le lendemain qu'elle a eu une attaque).

La dose de bromure était alors de 1 à 2 grammes par jour, 3 grammes au moment des époques.

Pendant les mois d'octobre, novembre, décembre 1896 et janvier, février, mars, avril, mai, juin, juillet, août, septembre, octobre et novembre 1897, Denise N... a eu régulièrement une petite absence pendant les règles ou immédiatement après; cette absence a été toujours accompagnée ou, pour mieux dire, précédée d'une recrudescence très marquée des phénomènes gastro-intestinaux déjà décrits. Si bien que j'ai été conduit à ajouter au traitement des lavages de l'estomac.

Le résultat obtenu à dater de ce jour me paraît mériter d'être signalé.

Non seulement Denise N... n'a plus eu de crise convulsive, mais encore les absences, qui revenaient invariablement chaque mois, ont totalement disparu.

De novembre 1897 jusqu'à ce jour, la malade n'en a eu qu'une, extrêmement légère, le 6 septembre 1899, après un fatigant voyage en chemin de fer, par un temps exceptionnellement chaud et orageux, à l'heure de la digestion.

Je sais bien que Denise N... a déjà été guérie une première fois pendant près de deux ans, grâce au traitement de Charcot dont nous avons parlé plus haut. Mais il est à remarquer que, cette fois, ce même traitement avait tout d'abord échoué; que le régime alimentaire, le massage de l'estomac et les lavages semblent avoir agi d'une manière tout à fait décisive, la malade ne prenant qu'une toute petite quantité de bromure.

Les lavages de l'estomac ont été pratiqués d'abord par moi, trois fois par semaine, puis par le sujet lui-même, quotidiennement; ils sont faits avec 2 ou 3 litres d'une décoction un peu chaude de maté. On sait, depuis les expériences faites par Bianchi à l'aide de son phonendoscope, que le maté, légèrement astringent, est un des stimulants les plus actifs de la contractilité gastrique.

Observation XVIII.

P. de V..., 23 ans.

Grandes absences accompagnées de légers phénomènes moteurs, suivies de sommeil. — Misère physiologique. — Dilatation très marquée de l'estomac, constipation habituelle. — 8 à 10 grammes de bromure par jour, ce qui n'empêche pas le malade d'avoir jusqu'à vingt-quatre attaques par mois. — Traitement : régime alimentaire, laxatifs légers, lavages de l'intestin, injections de sérum. — Pour combattre l'haleine bromurée et accentuer l'amélioration, lavages de l'estomac avec 2 litres de décoction chaude de maté. — 6 grammes, puis bientôt 3 grammes seulement de bromure. — Amélioration extrêmement marquée et durable (avec graphique).

Antécédents héréditaires. — Mère vraisemblable-

ment hystérique; père, gentilhomme normand, bizarre, solitaire, farouche, sans aucune tendresse pour ses enfants, sujet à de fréquentes et terribles colères, semblait n'avoir d'autres plaisirs que la chasse, la marche forcenée et l'absorption d'un grand nombre de petits verres d'eau-de-vie de cidre.

Jusqu'à l'âge de 10 ans, rien de particulier, le malade se souvient d'avoir eu en 1886, en même temps que de la constipation opiniâtre, des distractions très remarquées par son entourage : en classe, en récréation, il s'arrêtait subitement de réciter ou de jouer, devenait rouge, puis pâle, et revenait à lui sans se souvenir de ce qui s'était passé; il avait en moyenne une de ces absences toutes les semaines.

En 1893, il eut, à la chapelle, une grande attaque convulsive avec écume sanglante et perte du souvenir, qui le contraignit à quitter le collège.

Il fut soumis au traitement par le bromure à hautes doses (10 à 12 grammes par jour), avec des interruptions de plusieurs mois. Qu'il prît ou qu'il ne prît pas de médicament, il prétend que ses accès étaient toujours, à peu de chose près, aussi nombreux et aussi intenses.

Ce n'était point à proprement parler de grandes attaques convulsives, mais plutôt des absences s'accompagnant le plus souvent des phénomènes que voici :

Le malade commence par geindre un peu (pas de grands cris), puis la paume des mains s'inonde de

sueur, le sang afflue au visage ; à ce moment le jeune homme perd connaissance, devient pâle comme pierre, puis violacé ; s'il est assis dans un fauteuil, sur une banquette de chemin de fer, ou au lit, il est pris, sans convulsions, d'un sommeil profond avec légers ronflements ; s'il est debout, les choses se passent différemment ; il lui arrive de se tourner vers les passants, de les fixer comme s'il allait leur parler, ou de leur jeter des regards menaçants ; à ce moment il est sans connaissance ; au bout de deux ou trois minutes il revient à lui, surpris d'avoir provoqué un attroupement. D'autres fois il se contente de se frotter violemment le nez, ou de faire dans l'air le geste de se laver les mains avec force grimaces. Il y a quatre ans, à l'église, pendant la grand'-messe, au moment où le prêtre entonnait la préface, il se mit à chanter à tue-tête un psaume des vêpres ; un domestique qui l'accompagnait ne parvint pas à le faire taire de deux ou trois minutes ; il ne paraissait pas entendre ni voir autour de lui ; parfois encore il bouscule et frappe son frère qu'il suit à peu près partout. Au mois de mars 1898, étant à Paris dans la rue Saint-Antoine, il fut pris d'une de ses absences coutumières : avant que son frère ait eu le temps de le retenir, il se rua sur une blanchisseuse chargée de linge, la secoua, jeta par terre son fardeau qu'il piétina rageusement, et reprit connaissance sous une bordée d'injures qu'il écoutait, immobile au milieu d'un cercle de badauds. Son frère a fait cette remarque que, au cours d'une absence légère,

on peut le pincer fortement sans qu'il paraisse en avoir conscience : il dit : « Vous me pincez » deux ou trois minutes après, quand il revient à lui. Le caractère du jeune de V... est particulièrement doux et soumis, jamais de colère en dehors de ses crises, non plus que de mélancolie, sauf toutefois pendant les quelques heures qui suivent un accès. Au moment où il est venu me consulter (5 décembre 1898), il se montrait particulièrement affecté par la fréquence des attaques et l'insuccès du traitement, suivi d'ailleurs sans méthode.

Examen du malade. — Légère asymétrie fronto-faciale; voûte du palais ogivale; prononciation légèrement défectueuse, les *s* et les *c* prononcés comme *ch;* beaucoup de torpeur intellectuelle et de lenteur d'esprit, mais point de perversion ni de grands signes de dégénérescence mentale.

Facies habituellement rouge, haleine fortement bromurée, langue extrêmement saburrale, surtout la veille des attaques. Dilatation de l'estomac très marquée: constipation habituelle; les extrémités sont ordinairement froides.

La pression artérielle, très basse, est de 12 1/2 de mercure; nombre des pulsations : 80; la main droite donne au dynamomètre 45 et la gauche 44.

Le malade tient depuis un an un compte exact de ses attaques. En voici le relevé.

Janvier 1898 : les 6, 8, 12, 14, 16, 19, 21, 22, 23, 28 et 31.

Février : les 3, 17, 17 *bis*, 20, 27.

Mars : les 1, 1 *bis*, 2, 6, 12, 13, 18, 20, 25, 26, 27, 29, 30 et 31.

Avril : les 1, 1 *bis*, 7, 8, 8 *bis*, 8 *ter*, 9, 11, 18, 20, 20 *bis*, 20 *ter*, 21, 22, 23, 24.

Mai : les 1, 3, 6, 6 *bis*, 7, 9, 10, 10 *bis*, 14, 16, 26, 26 *bis*, 30.

Juin : les 1, 2, 2 *bis*, 3, 3 *bis*, 3 *ter*, 5, 13, 14, 14 *bis*, 14 *ter*, 22, 22 *bis*, 23, 23 *bis*, 23 *ter*, 24, 25, 27, 28 et 30.

Juillet : les 11, 12, 12 *bis*, 13, 16, 17, 18, 22, 25, 29, 29 *bis*, 29 *ter*, 30 et 31.

Août : les 15, 16, 17, 17 *bis*, 26, 26 *bis*.

Septembre : les 4, 5, 6, 11, 13, 14, 15, 17, 17 *bis*, 30.

Octobre : les 6, 7, 11, 11 *bis*, 12, 14, 16, 46 *bis*, 17, 17 *bis*, 18, 18 *bis*, 18 *ter*, 20, 26, 27, 28, 29, 29 *bis*, 29 *ter*, 30, 31, 31 *bis*.

Novembre : les 1, 6, 10, 12, 13, 13 *bis*, 14, 18, 18 *bis*, 19, 19 *bis*, 20, 21, 23 et 24.

Décembre : les 5 et 6.

Il a pris du bromure à assez hautes doses pendant les cinq ou six premiers mois de l'année, sans que ses crises paraissent en avoir été sensiblement raréfiées ; il a cessé d'en prendre jusqu'à la fin d'octobre ; et, depuis le commencement de novembre, c'est à-dire depuis un mois, il en absorbe de 8 à 10 grammes par jour, ce qui ne l'empêche pas d'avoir quinze crises en moins de quatre semaines.

Le traitement suivant est institué :

Régime alimentaire extrêmement sévère; sup-

pression absolue du vin, des liqueurs et du cidre, dont M. de V... fait abus, de son propre aveu. Une injection de sérum artificiel tous les deux jours, Bain statique avec souffle pour essayer de décongestionner la face ; le malade prend, à chacun de ses trois repas, 2 grammes de bromure, soit 6 grammes en vingt-quatre heures. Laxatifs légers qui combattent heureusement la constipation. Après la garde-robe du matin, grand lavage de l'intestin à l'eau froide légèrement salée. Au bout de quelques jours, le malade ayant l'haleine bromurée à un degré très prononcé, je lui fais, trois fois par semaine, des lavages de l'estomac avec deux litres de décoction chaude de maté. Par la suite le malade a continué lui-même à faire ces lavages tous les matins.

Un changement notable se produisit presque aussitôt : la pression artérielle s'éleva de 12 c. 1/2 à 16 et même 18 centimètres, la force dynamométrique augmenta en moyenne de 8 à 10 kilogr. pour chaque main. (Voir graphique n° 6.) Le cerveau du malade sembla prendre plus de vie, de lucidité, il chercha moins ses mots, sa parole prit un tour plus vif, et il entreprit des recherches historiques pour lesquelles il montrait du goût, et dont depuis longtemps il se sentait tout à fait incapable.

En même temps le nombre de ses crises se modifia comme suit :

Décembre : pas d'attaque depuis le 6.

Janvier : une seule crise le 5.

Février : les 1, 5, et le 15 (crises très courtes).

Mars : une crise le 16 et un petit étourdissement le 31.

Avril : petite crise très légère le 19.

Mai : néant.

Juin : néant.

Juillet : le 21, crise légère après un voyage de nuit en chemin de fer.

Depuis lors le malade n'a pas eu de crise, même légère. Sous l'influence des lavages de l'estomac, l'odeur bromurée de la bouche s'est considérablement atténuée.

A dater des premiers jours de mai, le malade ne prend plus que 3 grammes par jour de bromure de potassium, cela suffit d'ailleurs à le tenir sur les limites du bromisme, comme si, grâce aux injections de sérum artificiel, il devenait plus sensible à ce médicament, 3 grammes de bromure lui font en ce moment plus que 10 grammes l'an dernier.

Quand je dis que M. de V... est sur les limites du bromisme, je n'entends point qu'il soit en état d'abêtissement; tout au contraire, jamais son intelligence n'a été plus disponible; il travaille sans se fatiguer trois heures par jour à déchiffrer des manuscrits pour ses travaux d'histoire Seulement, si on lui donne plus de 3 grammes de bromure, il devient somnolent, sa parole s'empâte, sa tension artérielle s'abaisse et ses extrémités se refroidissent, la dose de 3 grammes est donc celle qu'il lui faut et qui lui suffit.

Cette observation contribue à démontrer une fois

de plus quelle heureuse influence les soins hygiéniques de l'appareil digestif et de l'appareil circulatoire ont sur la marche de l'épilepsie, et ce qu'ils ajoutent à la simple médication bromurée.

Observation XIX.

Michel S..., 13 ans.

Mère impressionnable, père alcoolique invétéré, une sœur franchement épileptique, lui-même a eu des convulsions dans la première enfance, maintenant encore il urine parfois au lit; le jour, accès comitiaux. Impulsions homicides accompagnées d'angoisses. Analyse de l'état mental. Discussion sur la nature épileptique ou dégénérative de ces impulsions.

L'observation XIX figure à la page 206.

TABLE DES GRAPHIQUES

Pages.

Fig. 1. — Edmond K..., épilepsie hypersthénique. 13

Fig, 2. — Effets de la suppression de l'alcool. 17

Fig. 3. — Épilepsie. L'état général se relève avec la pression artérielle sous l'influence du traitement tonique; baisse de la pression après les attaques. 20

Fig. 4. — Jeanne S..., 25 ans, activité de la réduction, largeur du seuil de la sensibilité, avant et après le traitement. 21

Fig. 5. — Ralentissement de la nutrition, forte dilatation de l'estomac. Relèvement des forces et de la pression artérielle. 22

Fig. 6. — Dilatation de l'estomac très prononcée; urée insuffisante; excès d'acide urique; vitalité, basse amélioration d'ensemble par le traitement. 23

Fig. 7. — Influence de la suppression de l'alcool sur la pression artérielle et le nombre des pulsations. 25

Fig. 8. — Épilepsie brightique. Influence du régime lacté sur la tension artérielle, la force dynamométrique et le nombre des pulsations. 26

Fig. 9. — Ascension de la pression artérielle avant l'attaque. Descente plus ou moins prononcée après. 31

Fig. 10. — Baisse de la tension artérielle précédant quelquefois l'hypertension préconvulsive. 33

Fig. 11. — Tension artérielle et pouls capillaire chez les épileptiques. 37

Fig. 12. — Émotion vive. Extrême exaltation. Huit grandes crises en deux jours. Coma; retour à la normale. 41

Pages.

Fig. 13. — M. S..., 56 ans. Épilepsie rebelle (nombre de ses attaques). 55

Fig. 14. — M. S.... Graphique de la tension artérielle et de l'état des forces. La main droite prend une part prédominante aux paroxysmes. 59

Fig. 15. — Edmond K..., Épilepsie rebelle (nombre de ses attaques). 62

Fig. 16. — Edmond K..., graphique de la pression sanguine et de la force dynamométrique. Rôle prédominant de la main gauche. 63

Fig. 17. — Influence de l'approche des règles. Hypertension précataméniale. 70

Fig. 18. — Influence de l'approche des règles. Hypotension précataméniale. 72

Fig. 19. — Influence du bromure de potassium à doses progressivement décroissantes, croissantes et décroissantes, sur la pression sanguine et la force dynamométrique. 77

Fig. 20. — Effets du bromure de potassium à doses progressivement décroissantes et croissantes. 79

Fig. 21. — Cas d'ivresse bromique. 85

Fig. 22. — Noémie G..., effets des injections salines. 89

Fig. 23. — Louis H..,, effets des injections salines. 93

Fig. 24. — Épilepsie brightique. Effets de la suppression du vin. Effets du régime lacté. 104-105

Fig. 25. — Edmond K..., effets de la suppression de l'alcool sur les crises. 123

Fig. 26. — Auguste T..., effets de la suppression de l'alcool sur la tension sanguine et la force dynamométrique. 127

Fig. 27. — Auguste T..., effets de la suppression de l'alcool sur le nombre des crises. 128-129

Fig. 28. — Rosalie B..., 30 ans, effets du traitement sur le graphique de la force dynamométrique et de la pression artérielle. 133

Fig. 29. — Rosalie B..., effets du régime alimentaire de moyenne rigueur sur le nombre de ses accès. 135

Fig. 30. — Joseph H..., effets du régime alimentaire sur le nombre de ses accès. 139

Pages.

Fig. 31. — Charlotte F..., influence du même régime sur le nombre et le genre de ses accidents. 143

Fig. 32. — Jeanne S..., influence du même régime sur le nombre et le genre de ses accidents. 145

Fig. 33. — Jeanne S..., influence du traitement sur la tension artérielle et les forces. 147

Fig. 34. — François V..., épilepsie brightique. Effets du régime lacté. 153-154

Fig. 35. — Marc J..., effets des régimes lacté et lacto-végétarien sur le nombre des crises. 157

Fig. 36. — Frédéric R.... influence des régimes lacté et lacto-végétarien sur le nombre des crises. 161

Fig. 37. — Denise N..., effet complémentaire des lavages de l'estomac. 166-167

Fig. 38. — Pierre de V..., effets des lavages de l'estomac. . 168-169

Fig. 39. — Charlotte F..., épilepsie sensorielle (auditive). . . . 179

Fig. 40. — Jeanne S..., épilepsie sensorielle (auditive) 189

Fig. 41. — Frédéric R..., variations de l'état mental sous l'influence des paroxysmes. 232

Fig. 42. — Variations parallèles de l'état physique. 233

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

QUELQUES GRAPHIQUES DE LA TENSION ARTÉRIELLE ET DE LA FORCE DYNAMOMÉTRIQUE RECUEILLIS CHEZ DES ÉPILEPTIQUES

CHAPITRE PREMIER

L'épilepsie s'accompagne-t-elle habituellement d'accélération de la nutrition, ou, au contraire, de misère physiologique?

Page.

Opinion de Delasiauve, de M. Lépine, de M. Féré, de Claus et van der Stricht. — Observations personnelles : cas d'épilepsie hypersthénique. — Hypersthénie apparente et misère physiologique réelle : graphiques de la tension artérielle et de l'état des forces. — Conclusions. 9

CHAPITRE II

Influence de l'approche de l'attaque et conséquences de la crise, au point de vue de la pression sanguine, de la force dynamométrique et de l'état du sang.

Hypertension préconvulsive et dépression postépileptique dans l'épilepsie expérimentale. — Tension artérielle dans l'éclampsie. — Recherches cliniques de M. Féré. — Observations personnelles : graphiques. — Y a-t-il de la vaso-constriction ou

Pages.

de la vaso-dilatation périphérique? — Variations, sous l'influence de l'attaque, du seuil de la sensibilité, de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine, du nombre des globules rouges. — Essai d'interprétation 28

CHAPITRE III

Graphiques de la force dynamométrique, pouvant servir au diagnostic de la cause et au pronostic chez les épileptiques.

En suivant ses malades au jour le jour, et en mesurant leur force dynamométrique, on constate parfois qu'un côté du corps prend, plus que l'autre, part à l'excitation préparoxystique et à la fatigue post-convulsive. — Observation d'épilepsie tardive consécutive à un traumatisme crânien; prédominance de la main droite. — Seconde observation : malade de 29 ans; hérédo-syphilis probable: prédominance de la main gauche. — Conséquences thérapeutiques. 51

CHAPITRE IV

Influence de l'approche des époques menstruelles sur le graphique.

Graphiques d'hypertension précataméniale. — Graphique d'hypotension précataméniale. — Essai d'interprétation 68

CHAPITRE V

Influence de la médication bromurée sur la tension artérielle, la force dynamométrique, l'état du sang et l'activité de la nutrition.

Les bromures et la nutrition. — Graphiques de l'effet du bromure sur la tension artérielle et l'état des forces. — Autre graphique. — Le Kbr., à la longue, finit par entraver sa propre assimilation. Effets du Kbr. associé aux injections salines. Un cas d'ivresse bromique; graphique. 75

CHAPITRE VI

Effets des injections hypodermiques de solutions salines à petites doses, associées ou non à la médication bromurée.

Pages.

Effets des injections salines; observations et graphiques. — Raréfaction des attaques, du seul fait des transfusions de sérum — Accroissement du mode d'action du bromure; il faut diminuer les doses de Kbr. jusqu'alors indispensables. — Mode d'action des injections salines. — La méthode métatrophique de MM. Charles Richet et Edouard Toulouse; discussion . . . 87

CHAPITRE VII

Une observation de petit mal par petit brightisme.

Attaques de petit mal sur lesquelles la médication bromurée n'a pas de prise. — Le malade accuse quelques symptômes de petit brightisme. — Régime lacté; raréfaction considérable du nombre des attaques. — Graphique. — Conclusion. . . . 102

DEUXIÈME PARTIE

L'ÉPILEPSIE GASTRO-INTESTINALE

CHAPITRE VIII

L'épilepsie gastro-intestinale.

Historique de la question, d'Hippocrates à nos jours. — Effets de la suppression de l'alcool; observations; graphiques. — Effets d'un régime alimentaire de moyenne rigueur; observations; graphiques. — Effets des régimes lacté et lacto-végétarien; observations; graphiques. — Effets des lavages de l'estomac; observations; graphiques. — Conclusions. 113

CHAPITRE IX

Deux observations d'épilepsie sensorielle (auditive).

Pages.

Première observation : crises de bourdonnements d'oreilles aboutissant à des attaques convulsives ; coexistence du goître exophtalmique fruste. — Traitement par le bromure et l'hygiène alimentaire ; résultats. — Deuxième observation : crises progressivement rapprochées et progressivement intenses de bourdonnements d'oreilles ; simple hyperacousie, puis hallucinations de l'ouïe ; une de ces attaques sensorielles aboutit à une attaque convulsive. — Traitement ; résultats. — Graphiques. — Réflexions 173

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE X

Phénomènes d'excitation et de dépression mentales chez certains épileptiques.

Cas de colères comitiales ; observations ; origine épileptique ou dégénérative des accidents mentaux chez les comitiaux. — Excitation et dépression mentales en relation avec l'attaque ; observations ; cas de Frédéric R... Graphiques. — Conclusions au point de vue de la théorie des émotions. 197

QUATRIÈME PARTIE

CHAPITRE XI

Traitement.

Résumé des notions acquises dans les chapitres précédents. — Les deux principales données du problème thérapeutique : 1° Diminuer l'excitabilité de l'écorce : 2° enrayer l'action des agents provocateurs. — Épilepsie directe, épilepsie réflexe. — Irritants mécaniques et irritants chimiques de l'écorce céré-

Pages.

brale. — Moyens de diminuer l'excitabilité cérébrale; les bromures; choix de la préparation; doses quotidiennes; mode d'administration; adjuvants nécessaires. — Moyens d'enrayer l'action des agents provocateurs; régime alimentaire. — Règles d'hygiène générale. 253

CINQUIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

Observations I à XIX. 285

Paris. — Typ. Chamerot et Renouard, 19, rue des Saints-Pères. — 38699.